

408

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE LA LANGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1907 à 1 heure

PAR

LOUIS CAPETTE

Ancien Interne Lauréat
Médaille d'Argent 1906
Aide d'Anatomie à la Faculté

Président M. TERRIER, professeur.

Juges. } MM. RECLUS, professeur.

GOSSET, agrégé.

POTOCKI, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

—
1907



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553015_0049

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE LA LANGUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs	M. DEBOVE MM
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	SEGOND
Thérapeutique	G. POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	HAYEM
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	JOFFROY
	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU
	TERRIER
	BERGER
	RECLUS
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD
	BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM	MM	MM
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGRY	PROUST
BEZANÇON	DUVAL	LEGUEU	RENON
BRANCÀ	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	des trav. anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBÉ	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

608

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE LA LANGUE

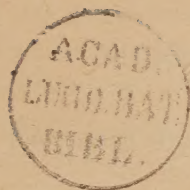
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1907 à 1 heure

PAR

LOUIS CAPETTE

Ancien Interne Lauréat
Médaille d'Argent 1906
Aide d'Anatomie à la Faculté



Président	M. TERRIER, professeur.
Juges.	MM. RECLUS, professeur.
	GOSSET, agrégé.
	POTOCKI, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1907

A LA MÉMOIRE DE MES TRÈS REGRETTÉS MAITRES

Monsieur le Docteur P. MERKLEN
Monsieur le Professeur P. POIRIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER
Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Bénévole et Stage

Monsieur le Docteur PEYROT
Monsieur le Professeur TILLAUD (*in memoriam*)
Monsieur le Docteur MERKLEN (*in memoriam*)

Externat

(1899-1900) Monsieur le Docteur BRAULT
Monsieur le Professeur agrégé ACHARD
(1900-1901) Monsieur le Docteur FELIZET
Monsieur le Professeur POIRIER (*in memoriam*)

Internat

(1902-1903) Monsieur le Professeur agrégé BROCA
(1903-1904) Monsieur le Docteur GUINARD
Monsieur le Professeur agrégé DELBET
(1904-1905) Monsieur le Professeur POIRIER (*in memoriam*)
(1905-1906) Monsieur le Professeur agrégé WALTHER

A TOUS MES MAITRES

M.M. RIEFFEL, SOULIGOUX, CUNÉO, LAUNAY, MORESTIN, ROBINEAU
HERBET, LÉPER.

AVANT-PROPOS

Durant nos années d'Internat, nous avons été souvent et profondément impressionnés en voyant de ces malades qui, porteurs d'ulcérations cancéreuses de la langue, d'adénopathies énormes, venaient se réfugier à l'hôpital pour y chercher un abri. La face bouffie et cyanosée, le cou énorme et par la bouche entr'ouverte un écoulement incessant de salive et de mucosités sanguinolentes, ils sont là, geignant, respirant difficilement, et ne pouvant plus rien avaler ou presque. A ces pauvres diables, tout le monde souhaitait une mort rapide que l'on trouvait toujours trop lente à venir. Bien souvent nous avons assisté à la répétition de ces tristes scènes, et toujours la même idée nous revenait : quand donc pourra-t-on faire pour le cancer de la langue, ce que l'on fait couramment pour le cancer du sein ?

A cela la réponse est facile : On pourra traiter avec succès les cancers de la langue lorsque les malades seront vus de manière précoce, ne portant alors que des lésions peu étendues. Que les ganglions soient appréciables au palper ou non, beaucoup de chirurgiens considèrent comme un devoir et une règle formelle d'enlever les premiers relais lymphatiques. Il n'y a d'ailleurs à cela rien d'anormal : car dans une tumeur du sein, si petite soit-elle, n'est-il pas entré dans la pratique courante d'effectuer de parti pris un curage complet de l'aisselle en enlevant tous les ganglions sains ou malades, et en les poursuivant même jusque sous la clavicule ? Il est vrai que les territoires lymphatiques sont bien moins nettement délimités pour la langue ou plutôt

que les lymphatiques de cet organe impair et médian sont tributaires de ganglions appartenant à des chaînes différentes et même de côté opposé.

Après un court chapitre consacré à l'histoire de la chirurgie du cancer de la langue, nous passerons en revue tous les procédés employés. Puis, pour pouvoir apprécier ces diverses méthodes, nous étudierons d'une part, les propagations anatomiques de cette affection, d'autre part la mortalité opératoire et la guérison de cette redoutable maladie.

Nous ferons alors l'appréciation des procédés, nous discuterons les indications de l'intervention et essaierons de fixer le choix des méthodes.

Il ne nous restera plus qu'à dire un mot de l'opération dans les récidives et du traitement chirurgical palliatif.

Enfin, nous consacrerons un chapitre à l'étude des principales lésions précancéreuses, dont la leucoplasie, auxquelles s'attaquent maintenant, avec succès d'ailleurs, la plupart des chirurgiens anglais.

Les observations intéressantes qu'il nous a été données de recueillir seront groupées à la fin de cet ouvrage, sous forme de tableaux.

HISTORIQUE

D'après Woelfler, PIMPERNELLE, qui mourut en 1658, serait le premier qui aurait fait une amputation de langue, mais pour une macroglossie d'origine mercurielle ? Mais Thomas Bartolinus, professeur à Copenhague (1616-1688), raconte que VALŒUS aurait fait semblable opération et l'on ne peut savoir qui fut le premier, de VALŒUS ou de PIMPERNELLE. Par contre, il semble démontré que PIETRO de MARCHETTI, chirurgien de Padoue, serait le premier qui aurait en 1664, extirpé un cancer de la langue à un noble de Véronèse ; il se servit du fer rouge comme agent de diérèse.

VAN HOFFMANN, de Stockholm, mort en 1692, enleva à nouveau une langue atteinte de macroglossie congénitale (jeune fille de 10 ans).

Enfin à cette époque, WISSMANN, qui, dans son *Traité de Chirurgie* de 1676 donne une première description claire du cancer de la langue, décrit également la manière de brûler la tumeur avec un cautère.

DE LA MOTTE, en 1685, pratique la ligature à la soie du pédicule épais d'une tumeur siégeant à la pointe de la langue.

W. HARRIS insiste en 1720 devant le Collège Royal des Médecins de Londres sur le grand danger qu'il y a à opérer les cancers de la langue ; mais il dit que les malades sont généralement si déprimés et si démoralisés, qu'ils sont prêts à accepter tout ce qui peut survenir du fait de l'opération.

MARESCOTTI, de Modane (1730), enlève avec succès un large ulcère cancéreux du bord gauche de la langue.

RUYSCH, dès 1737, proposait d'opérer le cancer de la langue et s'occupait déjà des moyens de prévenir la récurrence. Sur ses conseils, PIERRE LE MENNONITE enleva au bistouri la plus grande partie d'une langue dure et ulcérée et après l'ablation appliqua sur le moignon un cautère énergique destiné à brûler les racines du mal.

En Allemagne, LAURENZ HEISTER de Helmstadt fit en 1754 la première description méthodique de l'extirpation du cancer lingual, et BUXDORF fit la première ablation de cancer dont le diagnostic fut certain. Il se servit de ciseaux pour enlever la tumeur qui siégeait au niveau du bord droit de la langue, ablation d'ailleurs insuffisante, car il y eut récurrence et mort cinq mois après.

BUTTNER, MAURENT, BISHAN, décrivent également des ablations pour maladies de la langue.

Mais ce n'est qu'en 1774, avec le mémoire de LOUIS à l'Académie de Chirurgie, que le traitement chirurgical du cancer de la langue prend définitivement son essor.

LOUIS lutte vigoureusement contre les préjugés d'alors et montre par une série d'exemples que les inconvénients résultant d'une perte de substance étendue de langue, sont relativement minimes.

En 1785, un Viennois, HENCZOWSKI, décrit pour l'ablation de la langue, le procédé opératoire suivant : Le malade étant assis, on lui ouvre la bouche, on saisit la langue avec une compresse tenue de la main gauche ; on la sépare au couteau du plancher de la bouche, on la tire dehors et par des incisions lentes et répétées, on la détache aussi près que possible de sa base. Il ne mentionne d'ailleurs pas la conduite à tenir pour l'hémorragie.

En 1786, BENJAMIN BELL, recommande l'extirpation de la langue par la voie buccale, mais aussi la ligature de l'artère linguale.

En 1799, RICHTER qui conseille la section au couteau et la cautérisation de la plaie au fer rouge pour arrêter l'hémorragie, insiste sur la nécessité qu'il y a d'approprier la bouche les jours suivants.

En 1803, INGLIS fait avec succès la ligature de la langue par la bouche ; la tumeur se sépare après cinq semaines et la guéri-

son se serait maintenue 10 ans après l'opération (Il semble qu'il s'agisse d'un cas de macroglossie banale).

MAINGAULT, GENSOUL, MAYOR et d'autres perfectionnent ce procédé par l'emploi du serre-nœud et des fils métalliques.

En 1819, J. M. LANGENBECK, pratique la section cunéiforme pour cancer de la partie antérieure de la langue et fait la suture immédiate des deux lambeaux.

Dès lors les procédés se succèdent très rapidement, les uns visant l'hémostase, les autres, les voies d'accès, quelques-uns enfin l'instrumentation. Des chirurgiens s'attaquent aux cancers de la base de la langue, cancers ayant parfois envahi le voile du palais, le pharynx et toujours accompagnés de volumineuses adénopathies.

C'est CLOQUET qui en 1827 fait passer son aiguille à ligature par la région sus-hyoïdienne.

En 1831, c'est JAEGER qui sectionne la joue, opération que Maisonneuve répète plus tard en sectionnant les deux joues ; procédé que Collis remet en honneur en 1867 en se servant de l'écraseur.

MIRAULT, en 1833, fait la ligature préventive de l'artère linguale, puis c'est Roux, en 1834, qui sectionne le maxillaire inférieur, procédé que répètent en le modifiant Sédillot, Syme, Billroth et V. Langenbeck. De nombreux chirurgiens l'emploient encore actuellement.

REGNOLI (1838) suivi par Michel, Gzerny, Billroth, pratiquent l'extirpation par la région sus-hyoïdienne.

En Angleterre, GUTHRIE en 1856, enlève chez un homme de 70 ans un cancer occupant la pointe et la moitié gauche de la langue, il met quatre ligatures et cautérise la plaie au fer rouge.

CHASSAIGNAC, vers cette époque, propose l'écrasement linéaire, tandis que Middeldorpf préconise la méthode galvano-caustique, et qu'un an plus tard, Trousseau vante la ligature élastique.

BILLROTH, en 1862, pratique la résection temporaire du maxillaire inférieur.

Malgré toutes ces tentatives faites pour élargir le champ opé-

ratoire, WHITEHEAD, en 1877, décrit son procédé d'extirpation de la langue avec les ciseaux, extirpation qu'il pratique par la voie buccale.

C'est avec KOCHER (1880) que commence véritablement l'opération logique portant non seulement sur la langue, mais encore sur les ganglions lymphatiques dégénérés. Michel, de Nancy, avait fait déjà l'ablation des ganglions cancéreux en pratiquant une incision sus-hyoïdienne latérale ; mais ce n'est guère que depuis 25 ans qu'existe la chirurgie véritable du cancer de la langue.

Depuis cette époque, à part le procédé trans-hyoïdien, décrit par M. VALLAS, en 1895, et le second procédé du même auteur semblable à celui décrit tout récemment par MAC'CORMICK, en Australie, ce ne sont guère que des modifications de technique qui ont été apportées.

Actuellement en effet, après les travaux de KOCHER, de M. MORESTIN et de M. le PROFESSEUR POIRIER, on emploie l'un des trois procédés suivants : 1^o Voie transmaxillaire (Kocher) ; 2^o Voie sus-hyoïdienne et carotidienne unilatérale avec ablation du plancher de la bouche (Morestin) ; 3^o Voie buccale et voies sus-hyoïdienne et carotidienne bilatérales avec conservation de la sangle mylo-hyoïdienne (Poirier). Ce dernier procédé, mixte, étant employé par beaucoup de chirurgiens anglais qui l'effectuent en deux temps : l'un consacré à l'ablation de la langue, l'autre à l'extirpation des lymphatiques.

DESCRIPTION DES DIVERS PROCÉDES

Les différents procédés employés pour l'ablation de la langue rentrent dans l'une ou l'autre des deux grandes méthodes suivantes :

1^o Ablation par les voies naturelles ou par l'orifice buccal.

2^o Ablation par les voies artificielles ou après opérations préliminaires.

A. — Méthode d'ablation par les voies naturelles. — Voie exclusivement buccale.

On peut encore faire ici une division suivant les instruments dont on se sert, suivant que par leur emploi on cherche ou non à éviter l'hémorragie.

Dans un premier groupe on peut ranger le bistouri et les ciseaux ; dans le second, les caustiques, la ligature simple et élastique, l'écraseur, l'anse galvanique, le thermocautère. Donc deux catégories de procédés de diérèse, l'un sanglant, l'autre non sanglant.

I. — PROCÉDÉS DE DIÉRÈSE SANGLANTE

a) *Procédé de Louis (1759).* — Il tire la langue au dehors à l'aide d'une érigne, cherche à sentir avec le doigt le rebord postérieur de la tumeur, puis fait une section transversale en se

tenant à une certaine distance de l'induration. Il sépare ensuite la langue du plancher buccal par une section horizontale faite également en se tenant à distance des limites inférieures de la tumeur.

b) *Procédé de Langenbeck C. J.* (1819). — Appliquant l'excision en V adoptée pour la lèvre inférieure, il propose l'excision en coin du fragment de la langue qui porte la tumeur, et la suture des deux lambeaux.

c) *Procédé de Boyer.* — S'applique aux cancers siégeant à la pointe. Il fait l'incision en V à sommet postérieur situé sur le raphé médian, en arrière de la tumeur. Les deux lambeaux sont réunis par quelques points de suture dans le but d'arrêter l'hémorragie, d'obtenir une réunion primitive, et de refaire une petite langue ayant la forme de la langue normale.

d) *Procédé de Percy.* — Pour les tumeurs siégeant sur les bords sans intéresser la partie médiane. Incision en forme de V à sommet antérieur situé au niveau de la pointe, tandis que par les branches on abat les bords de l'organe. Suture de la muqueuse de la face dorsale à celle de la face inférieure de la langue.

e) *Procédé de Pasturel.* — Il fait également une incision en V mais la plaie forme un angle dièdre à sommet postérieur, le couteau entamant la langue dans toute sa largeur, dans un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière d'une part et dans un plan oblique de bas en haut et également d'avant en arrière d'autre part. Suture des muqueuses supérieure et inférieure.

f) *Procédé de Whitehead* (1877). — Ce procédé décrit par son auteur en 1881 mérite une attention spéciale, puisqu'étant employé par la plus grande partie des chirurgiens anglais.

Whitehead dans son dernier article de *The Practitioner* 1903 dit ce qui suit : « L'opération que j'ai exposée en 1881 a été décrite de manière si variable et si mauvaise durant ces vingt dernières années, qu'il me semble nécessaire de revenir sur quelques détails importants, en y ajoutant quelques légères modifications que l'expérience m'a fait adopter.

1) Lorsque le malade est endormi, on assure l'ouverture de la

bouche à l'aide d'un baillon placé du côté opposé à celui où l'on doit opérer ; si on compte enlever toute la langue, un baillon de chaque côté est nécessaire.

2) Saisir la langue avec une pince, tirer et passer alors un double fil solide qui traverse l'organe à 2 centimètres $1/2$ de la pointe, ce qui permettra d'exercer un mouvement de traction pendant l'opération.

3) L'opérateur prend ce fil dans la main gauche, tire énergiquement en haut et en dehors, et commence l'ablation en coupant le frein avec des ciseaux. Un doigt est introduit par cette brèche sous la membrane muqueuse et contre lui on glisse une lame de ciseaux qui doit être poussée jusqu'au niveau des amygdales. En fermant les ciseaux on sectionne l'attache de la muqueuse à la mâchoire ; quelques coups de ciseaux sur les piliers antérieurs du voile et pour détruire les adhérences latérales. Même manœuvre de l'autre côté si on doit enlever la totalité de la langue.

Lorsque ces incisions sont faites, presque toute la langue peut être tirée hors de la bouche, et il ne reste plus qu'à sectionner l'organe le plus loin possible, soit avec de petits coups de ciseaux, et en pinçant et tordant les artères linguales coupées, soit en déchirant, en dilacérant le tissu musculaire, ce qui permet de découvrir les artères et de les pincer avant de les sectionner.

Finalement, l'opérateur passe un gros fil de soie à travers ce qui reste de la muqueuse glosso-épyglottique pour prévenir la chute en arrière du moignon restant et pour permettre de l'attirer en avant en cas d'hémorragie secondaire ».

g) Procédé de Péan-Richelot. — Pour enlever un cancer circonscrit de la moitié antérieure de la langue, le chirurgien se munit de trois pinces longues à mors garnis de pointes. La première pince est enfoncée transversalement derrière la tumeur ; la deuxième antéro-postérieure partage la langue en deux moitiés inégales suivant le volume de la partie à sacrifier ; la troisième est placée au-dessous de la tumeur et la sépare du plancher de la bouche. Le mal étant circonscrit, on coupe le long des pinces avec des ciseaux courbes, entre le néoplasme et les

pincés qui ont été placés assez loin de ce dernier. L'opération dure cinq minutes.

Les pincés sont laissés 24 heures en place, ce qui amène le rapprochement des bords de section, mais cause de très violentes douleurs ; aussi M. Richelot propose de suturer les plaies avec des crins de Florence placés au ras des pincés appliquées sur le tissu lingual, et avec un fil de soie pour la troisième pince qui sépare la tumeur du plancher buccal.

h) Procédé de Rubio (1890). — Cet auteur saisit la langue avec une forte pince et l'attire au dehors. Puis avec un long couteau, il pénètre par la face inférieure sur la ligne médiane, la pointe ressortant à la base de la langue, sur la face supérieure, en avant de la luette. Le tranchant est tourné du côté de la pointe de la langue, et le couteau tiré en avant en suivant la ligne médiane divise la langue en deux moitiés ; la moitié malade est tirée en dehors, et une section transversale de 2 centimètres profondeur est effectuée avec un petit couteau spécial à la base du fragment. La linguale est recherchée et liée. Il ne reste plus qu'à sectionner de même l'autre moitié si la lésion est étendue.

II. — PROCÉDÉS DE DIÉRÈSE NON SANGLANTE

ā) Ablation par les caustiques. — 1) Girouard de Chartres (1837). Procédé de cautérisation linéaire. Guérison dans un cas de cancer après 38 jours. 2) Maisonneuve (1838). Cautérisation en flèches. La langue étant attirée au dehors, on circonscrit la tumeur par une ligne de ponctions dans chacune desquelles on introduit une flèche de pâte de Canquoin. Le centre de la tumeur est lui-même lardé de ces flèches.

b) Ablation par ligature lente ou progressive. — La crainte de l'hémorragie l'a fait depuis longtemps appliquer aux tumeurs de la partie antérieure de la langue ; mais son application à l'amputation totale est plus récente et exige l'emploi d'une opération préliminaire que nous étudierons ultérieurement.

La ligature peut être faite avec fils ordinaires ou fils élastiques, d'où ligature simple et ligature élastique.

1) Ligature simple que Mayor employait après avoir préalablement divisé la langue au bistouri.

Récamier enserrait la tumeur par une série de ligatures. Blandin, Maingault, apportent quelques modifications.

2) Ligature élastique employée d'abord par Trousseau (1855) puis Richard. Préconisée par Silvestre de Vicenza en Italie (1862), en Angleterre par H. Lee (1870), en Autriche par Dittl (1870), en France par Delens (1877) qui en a décrit longuement le manuel opératoire un peu différent selon les cas de tumeur occupant la ligne médiane ou les parties latérales. Il se servait de fils de caoutchouc de 2 à 3 millimètres de diamètre, fils qu'il introduisait à l'aide de grandes aiguilles courbes.

c) *Ablation par ligature extemporanée.* — 1) Chassaignac. Méthode qui appartient entièrement à Chassaignac : Ecrasement linéaire.

Pour l'ablation de la moitié antérieure de la langue deux sections sont nécessaires : l'une vertico-transversale pour séparer la tumeur des parties saines de la langue en arrière ; l'autre horizontale pour l'isoler du plancher de la bouche. La chaîne est passée à l'aide d'un trocart courbe ou d'une grosse aiguille.

Pour l'ablation d'un noyau isolé, il faut d'abord pédiculiser la tumeur soit par transfixion, soit en plaçant une anse de fil au-dessous de la tumeur.

Enfin lorsqu'il s'agit d'une extirpation totale, il faut passer la chaîne par la région sus-hyoïdienne, ce que nous verrons plus loin.

2) Morrant Baker (*British Medical Journal*, 1883, II, 765).

On met en place le baillon et après avoir arraché toutes les dents ou racines dentaires qui pourraient gêner l'opérateur, on fait passer dans la substance de l'organe deux fils de soie, l'un à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane, à 1 centimètre en dehors de cette ligne et à 2 cm. $1/2$ en arrière de la pointe. Un des fils est donné à un aide et l'opérateur, tenant l'autre, fait sur la face dorsale, avec un bistouri boutonné, une incision sur la ligne médiane, sectionnant tous les tissus jusqu'au frein. Prenant alors les deux fils, un dans chaque main, le chirurgien

divise la langue en deux. L'hémorragie est insignifiante, si l'incision a été bien médiane. L'aide tire sur le fil du côté malade et l'opérateur détruit aux ciseaux toutes les insertions et adhérences de la langue en avant, sur le côté et au plancher de la bouche. Le doigt complète cette manœuvre et il ne reste plus qu'à placer la chaîne de l'écraseur en arrière du néoplasme, sur le tissu sain.

Souvent l'artère principale reste dans la chaîne de l'écraseur et on peut alors la lier avant de retirer l'instrument.

d) *Galvano caustique*. — Cette méthode date de la même époque que l'écrasement de Chassaignac; elle est due en grande partie aux travaux de Middeldorpf (1858).

Elle comporte deux procédés; l'un qui consiste à enlever la tumeur avec le couteau galvanique en faisant une section linéaire; l'autre, plus employé, a de nombreuses analogies avec l'écraseur, par le manuel opératoire: on introduit l'anse de platine à l'endroit où l'on aurait placé les chaînes de l'écraseur; on fait passer le courant, puis resserrant tout doucement l'anse, on excise le tissu compris dans la ligature.

Bottini (1874), Bryant (1874) puis Heath (1875) et Landi (1876) employèrent ce procédé de l'anse galvanique pour l'ablation totale de la langue, et ne lui apportèrent que de petites modifications.

Enfin Boeckel, chirurgien de Strasbourg, lui consacra de nombreux travaux en s'attachant surtout à fixer les principes par lesquels on évite sûrement l'hémorragie, but essentiel de cette méthode. Pour cela: sectionner avec l'anse galvanique, prendre un fil de platine assez fort (1 millimètre à 1 millimètre 1/2 de diamètre) pour qu'il ne devienne pas malléable au point de ne pouvoir être manié (Observation de M. Tillaux); sectionner lentement, ne pas employer de courants trop forts (ne pas dépasser le rouge sombre).

e) *Thermocautère*. — Le thermocautère se rapproche du bistouri par la façon dont on opère la section, et des instruments de constriction par la diérèse non sanglante qu'il produit.

Il peut donc être employé à la place du bistouri ou des ciseaux

dans les méthodes d'ablation de la langue, celle de Whitehead par exemple.

L'ablation de la langue au thermocautère a été pratiquée un grand nombre de fois par MM. Perrin, Verneuil et Langenbeck, ce dernier ayant même imaginé un spéculum buccal destiné à maintenir la bouche ouverte et surtout à en protéger les parois.

B. — Ablation par les voies artificielles ou après opérations préliminaires.

Lorsque le cancer est limité à la partie mobile de la langue, l'opération par la voie buccale est facile, mais quand il s'étend vers la base de la langue et le plancher de la bouche, les difficultés surviennent.

Les opérations préliminaires ont pour but de rendre plus accessibles à la vue, au toucher et aux instruments, les parties malades ; elles peuvent être réparties en deux groupes, les sanglantes et non sanglantes, ce dernier ne comprenant qu'un seul procédé, celui de Little.

Procédé non sanglant de Little. — Ce chirurgien pour agrandir l'orifice buccal, détermine, après le début de l'anesthésie chloroformique, une luxation en avant des condyles du maxillaire.

I. — MÉTHODES SANGLANTES

Voie jugale. — *Procédé de Jaeger (1831).* — Pour agrandir l'orifice buccal, il incise transversalement la joue, de la commissure labiale jusqu'au muscle masseter ; il suture ensuite.

Maisonnewe (1858) répète cette opération pour un cancer ayant envahi la langue en entier jusqu'à l'épiglotte, et intéressant même le voile du palais. Il fend les deux joues et suture la muqueuse d'une part, la peau d'autre part.

Rizzoli, Collis emploient cette méthode presque simultanément et apportent quelques modifications. C'est ainsi que Collis donne les règles suivantes :

Procédé de Collis. — A un demi-centimètre de l'angle de la bouche, incision verticale de 1 cm. 5 sur la lèvre inférieure ; l'incision remonte ensuite en arrière et un peu en haut, aboutissant à la dernière molaire du maxillaire inférieur. Il incise couche par couche, liant les vaisseaux à mesure qu'il les rencontre. Il ne fend la muqueuse que lorsque la plaie est exsangue.

Heyfelder, Ruggieri, Jessop, Wagstaffe, Furneaux Jordan, Gant, Rose, répètent également cette opération et l'introduisent dans leurs pays respectifs.

Iversen, chirurgien danois, change un peu le tracé de l'incision qui, selon lui, doit partir un peu au-dessous de l'angle de la bouche, décrit une courbe à concavité supérieure, tout en passant à la hauteur des dents du maxillaire inférieur pour aboutir au masseter.

Maunoury enfin fait une première incision de la commissure jusqu'au bord inférieur du maxillaire, le long duquel elle est alors prolongée jusqu'à l'angle de la mâchoire. On peut ainsi enlever toutes les parties malades intra-buccales et aussi les ganglions sous-maxillaires, s'ils sont envahis.

Voie sus-hyoïdienne. — Les procédés imaginés peuvent ici se ranger en trois groupes : *Ponction ; incision ; formation de lambeaux.*

a) *Procédé par ponction*, imaginé par Cloquet en 1829. Cloquet fit sur la ligne médiane une incision cutanée de 3 centimètres allant du menton à l'os hyoïde. Par cette brèche, il engagea une aiguille courbe armée d'un fil double, aiguille qui ressortit sur la face dorsale de la langue, près de l'épiglotte. Un des fils buccaux fut alors attaché à l'aiguille qui enserrant la moitié de la langue, fut enfoncée dans le sillon alvéololingual pour ressortir par le trou sous-hyoïdien. Le côté malade de la langue était ainsi complètement entouré par une anse de fil que l'on serra au niveau de la région sus-hyoïdienne, pour faire une ablation lente de la langue.

Cette ponction sus-hyoïdienne a également été employée pour passer les fils de ligature élastique, la chaîne de l'écraseur ou

le fil de platine dans la méthode galvano-caustique et l'on ne saurait pour cela décrire des procédés différents.

Vidal de Cassis a décrit très longuement un procédé semblable de ponction.

b) Incision sus-hyoïdienne. — On a fait des incisions médianes ou latérales par lesquelles on tirait la langue au dehors pour opérer autant que possible à ciel ouvert.

1) INCISION MÉDIANE. — Mirault d'Angers, 1833 (qui lia le premier la linguale comme opération préliminaire), fit une incision médiane du menton à l'os hyoïde. Par cette brèche, il sortait la langue qu'il transfixait ensuite pour effectuer la ligature lente de l'organe.

2) INCISION LATÉRALE. — *a) Procédé de Michel* (de Nancy). — Dans un cas, il fit une longue incision cutanée de la symphyse du menton à la carotide, puis l'ablation des ganglions cancéreux, la section des muscles sus-hyoïdiens, afin de permettre d'enlever la région du frein et la glande sublinguale.

b) Procédé de Verneuil, décrit dans la thèse de Guillier (1884).

Ce procédé comprend 7 temps que l'on peut ainsi résumer :

1^{er} temps. — Incision allant de la symphyse du menton jusqu'à l'angle de la mâchoire. Recherche et section entre deux ligatures de l'artère faciale sur le bord du maxillaire.

2^e temps. — Ablation de glande sous-maxillaire et des ganglions voisins, après avoir lié en masse le pédicule des vaisseaux faciaux avant leur pénétration dans la glande.

3^e temps. — La région sus-hyoïdienne étant largement ouverte, recherche de la grande corne de l'os hyoïde et ligature de la linguale.

4^e temps. — Division de la langue en deux moitiés avec la chaîne de l'écraseur placée sur la ligne médiane.

5^e temps. — Destruction des adhérences linguales (insertions des génioglosses et autres muscles extrinsèques).

6^e et 7^e temps. — La langue ne tenant plus que par des adhérences postérieures à l'os hyoïde et aux piliers du voile, on l'attire au dehors par la plaie sus-hyoïdienne et on la coupe à

sa base par le procédé que l'on préfère (chaîne d'écraseur, thermocautère, bistouri, etc.). Suture. Pansement.

Terrillon apporte une légère modification à ce procédé en traçant une incision à concavité supérieure.

c) *Procédé de Trélat*. — Ce procédé comporte la ligature des deux linguales. Trélat commence par lier la linguale du côté sain et utilise cette incision pour enlever la glande et les ganglions sous-maxillaires, si besoin est. Du côté malade, il fait l'incision habituelle de ligature de la linguale, mais la prolonge en haut et en arrière.

Trélat modifia d'ailleurs son procédé, car le 17 novembre 1887, dans la *Gazette des Hôpitaux*, il dit employer de préférence une première incision longue ayant pour but la ligature de la carotide externe, incision sur laquelle se branche une seconde allant le long du bord inférieur de la mâchoire vers le menton. Le plancher de la bouche est ainsi mis à nu et la section du maxillaire facilitée.

c) *Procédés avec formation de lambeaux*. — 1) *Procédé de Regnoli*. — Ce fut Regnoli de Pise (18 mai 1838) qui employa le premier un procédé de ce genre qui peut être ainsi décrit :

Faire à la région sus-hyoïdienne une incision allant de la symphyse du menton (bord inférieur) jusqu'à l'os hyoïde ; puis une deuxième perpendiculaire à la première longeant le bord inférieur du maxillaire et allant d'un masseter à l'autre. Le tout représente assez bien un T, d'où formation de deux petits lambeaux triangulaires comprenant peau, tissu cellulaire et peaucier qu'on dissèque pour mettre à nu la couche musculaire. Section des diverses insertions musculaires : géniohyoïdiens, génioglosses, ventres antérieurs des digastriques, mylohyoïdiens et la muqueuse jusqu'aux piliers antérieurs. On saisit alors la langue avec une pince, on l'attire au dehors par cette brèche et il ne reste plus qu'à la sectionner, ce que Regnoli fait en entourant la base de la langue d'une ligature multiple, puis en pratiquant l'excision exsangue aux ciseaux.

Giamattei reprit ce procédé quelques années plus tard (1851).

2) *Procédé de Czerny* (1870). — Le chirurgien commençait

par lier la linguale du côté malade, puis prolongeait l'incision de la peau jusqu'à la petite corne hyoïdienne opposée. Sur cette incision, venait en tomber une seconde, partie de la symphyse. D'où deux lambeaux triangulaires inégaux, le plus grand étant du côté de la linguale liée. Il disséquait les glandes et ganglions sous-maxillaires et les enlevait, puis décollait le périoste de la face interne du maxillaire jusqu'au collet des dents, avant de sectionner la muqueuse pour pénétrer dans la cavité buccale. Puis il suturait la plaie sus-hyoïdienne, mais en drainant en arrière.

3) *Procédé de Billroth (1871)*. — Billroth fait une incision longue de 8 centimètres environ le long du bord inférieur du maxillaire; il prolonge chacune des extrémités de l'incision par deux nouvelles petites incisions dirigées en arrière et un peu en bas. Il ligature les deux linguales, puis, comme Czerny, il décolle le périoste du maxillaire inférieur, complète la section des insertions du mylohyoïdien, des génio-glosse et hyoïdien et de la muqueuse du plancher buccal. Ablation des ganglions sous-maxillaires et de la glande. La langue peut alors être saisie avec une pince, sortie par cette brèche et amputée par un moyen ou par un autre.

4) *Procédé de Verneuil (à lambeaux)*. — La tête du malade endormi étant bien placée en extension, incision suivant le bord inférieur du maxillaire, d'une artère faciale à l'autre. Le lambeau ainsi obtenu est rabattu et on sectionne l'une ou les deux faciales. Curage de la loge sous-maxillaire (glande et ganglions); même opération des deux côtés, si besoin est. Ligature des linguales; section des attaches antérieures des mylohyoïdiens et muscles géniens. Puis hémostase soignée avant de détacher la muqueuse pour pénétrer dans la cavité buccale.

On pratique alors l'abaissement de la langue par la plaie sus-hyoïdienne; il faut agir vite pour éviter la rétropulsion prolongée de l'épiglotte, ce qui gênerait la respiration. La langue est ainsi mise à découvert et facilement abordable jusqu'à l'épiglotte; on extirpe alors en y joignant le plancher de la bouche et les glandes sublinguales; les piliers antérieurs du voile sont visibles eux aussi et pourraient être enlevés.

La langue ne tient plus que par ses attaches à l'os hyoïde, à l'épiglotte et au larynx ; il suffit d'achever la section au thermocautère selon Verneuil qui se servait de cet instrument pour les opérations de ce genre.

VOIE SUS-HYOÏDIENNE ET CAROTIDIENNE UNILATÉRALE

1) *Procédé de Kocher* (1880). — Opération plus compliquée que les précédentes car il fait la trachéotomie et la ligature préventive de la linguale et de la faciale d'un ou des deux côtés.

Nous verrons plus loin que si tel était son procédé en 1880, il n'en est plus de même aujourd'hui, des modifications ayant été apportées, en particulier pour la trachéotomie.

Donc premièrement trachéotomie, puis tamponnement du pharynx.

Incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien en partant un peu au-dessous du niveau du lobule de l'oreille, descendant jusqu'à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde. La deuxième incision part du milieu de la première, suit la région sus-hyoïdienne latérale jusqu'à l'os hyoïde et remonte ensuite avec le muscle digastrique jusqu'à la symphyse. On rabat sur la joue le lambeau ainsi formé et on passe un fil à ligature sur les artères et les veines linguales et faciales. On enlève les ganglions lymphatiques, carotidiens et sous-maxillaires et même les glandes salivaires, sous-maxillaires et sublinguales si elles sont suspectes, voire même la partie inférieure de la parotide avec les ganglions qu'elle contient. On incise alors la muqueuse le long du maxillaire inférieur et on détruit les insertions du mylo-hyoïdien. La langue est attirée au dehors par la brèche ainsi faite et on ampute toute la zone atteinte, soit avec des ciseaux, soit au galvanocautère que préfère Kocher.

Kocher insiste beaucoup sur le traitement post-opératoire. C'est un point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir par la suite.

2) *Procédé de M. Morestin* exposé tout au long dans les Rapports du Congrès français de chirurgie. Paris, 1901.

1^{er} temps. — Incisions tégumentaires, une le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; l'autre s'appuyant sur la première coupe transversalement à la région sus-hyoïdienne à égale distance du bord de la mâchoire et de l'os hyoïde.

2^e temps. — Les lambeaux étant reclinés, les aponévroses incisées, on met à nu le digastrique pour le faire servir de repère dans le curage des deux régions sus-hyoïdienne et carotidienne.

La glande sous-maxillaire est tirée et saisie avec une pince de Museux ; la sous-mentale liée en avant d'elle, la linguale en arrière. Le canal de Wharton étant sectionné, on enlève la glande et les ganglions. Le bistouri suit le tronc veineux thyro-linguo-facial qu'il supprime avec le tissu cellulaire qui l'entoure et arrive ainsi à la région carotidienne. On s'attaque avec grand soin aux ganglions depuis le ventre de l'omo-hyoïdien en bas jusqu'au dessous du digastrique où il y a fréquemment un ou deux ganglions. On supprime tout ce qui est malade et suspect : Sterno-mastoïdien, jugulaire interne, si elle adhère aux ganglions, pneumogastrique même, ce qui se fait sans inconvénients, à condition que ce soit d'un seul côté.

3^e temps. — La plaie du cou est protégée par des compresses, puis on procède à l'ouverture de la bouche et à la section de la langue.

Un premier coup de ciseaux débride la sangle mylo-hyoïdienne, un deuxième, la muqueuse. La langue saisie avec une pince de Museux est attirée par la brèche à l'extérieur et fendue en deux selon la longueur, jusqu'à la racine. La section se fait à blanc, même lorsqu'on a omis de pincer la linguale. Transversalement en arrière, on sépare de ses attaches postérieures la moitié malade qui tombe aussitôt.

4^e temps de réparation. — On isole avec soin la région carotidienne de la région sus-hyoïdienne, qui est infectée par sa communication avec la bouche.

Pour cela le sternomastoïdien est rapproché du bord postérieur du digastrique et suturé avec lui. De plus, des crins passés dans le bord antérieur du ventre postérieur du digastrique traversent la peau et reçoivent entre eux un bourrelet de gaze sur

lesquels on les noue de manière à appliquer exactement par compression la peau sur le muscle et à produire ainsi entre les deux régions une nouvelle barrière isolante.

Un drain sort au point le plus déclive de la région carotidienne.

Passant alors à la réparation de la langue, on suture à la soie fine les deux bords de la plaie de la partie libre de la langue. La partie adhérente de cet organe est libérée par une incision transversale, attirée au contact du maxillaire, et maintenue par quelques points de fine soie. Deux crins traversent la base de la langue, passent à travers les parties molles sous ou derrière la mâchoire pour venir se lier sur une lanière de gaze placée extérieurement.

Suture de l'incision de la région sus-hyoïdienne en laissant au milieu un orifice par lequel on introduit un drain et une mèche de gaze iodoformée bourrant mollement la plaie.

3° *Procédé de Lenthal Cheatle* (1904). — Une première incision est faite sous l'oreille au niveau de l'os hyoïde, continuée jusqu'à la ligne médiane, et remontée jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur.

Une autre partant du même point remonte sur le bord postérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien. Les lèvres de la plaie sont confiées à des écarteurs et protégées par des compresses. Le peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle sont disséqués et séparés du mylo-hyoïdien; la glande sous-maxillaire est enlevée, le ventre antérieur du digastrique et le mylo-hyoïdien sont découverts. L'artère linguale est liée à sa disparition derrière le mylo-hyoïdien. Les lymphatiques du voisinage sont enlevés.

Le ventre antérieur du digastrique et le mylo-hyoïdien sont attirés en bas et en avant par un écarteur, le ventre postérieur et le stylohyoïdien en bas et en arrière par un autre écarteur. On sectionne le grand hypoglosse que l'on rencontre, puis les muscles hyoglosse et styloglosse. On voit alors le muscle lingual inférieur et le génioglosse. On essaye d'enlever l'insertion hyoïdienne du muscle lingual inférieur, si on la trouve atteinte. L'insertion hyoïdienne du génioglosse est gardée intacte, mais

il faut isoler du reste du muscle les fibres qui s'insèrent à l'os hyoïde. Le géniohyoïdien doit être conservé.

La langue est alors coupée longitudinalement le long du raphé médian, aussi loin que possible vers l'épiglotte ; on sectionne l'insertion de la muqueuse, le pilier antérieur, et d'une manière générale tous les tissus qui maintiennent encore la langue.

La moitié de la langue est enfin enlevée.

Tel est le résumé de la description donnée par M. Cheatle qui insiste sur la nécessité qu'il y a d'enlever l'hyoglosse, une partie du génioglosse et parfois le lingual inférieur et l'aponévrose du génio-hyoïdien.

VOIE TRANSMAXILLAIRE

Les opérations préliminaires faites sur le maxillaire sont de deux sortes : résections temporaires ou résections permanentes.

A) *Section médiane.* — a) *Procédé de Roux (1836).* — Résection temporaire linéaire sur la ligne médiane après division des parties molles, par une incision verticale allant du milieu de la lèvre inférieure jusqu'à 2 centimètres au-dessous du bord inférieur de l'os. Il faut arracher une des deux incisives médianes. Cette opération fut pratiquée par Maisonneuve, Rizzoli, Huguier puis par Syme et Fiddes en Angleterre.

b) *Procédé de Sédillot (1844).* — Modifie le mode de la section osseuse. Il conseille deux incisions obliques, l'une partant du bord supérieur de l'os, l'autre du bord inférieur, incisions qui se rencontrent à angle aigu vers le milieu de la hauteur de l'os. Donc V renversé sur le côté.

c) *Procédé de Richet.* — Richet ajoute à l'incision verticale des parties molles une incision horizontale plus ou moins étendue, suivant le bord inférieur du maxillaire du côté malade. La section de l'os étant faite, il écarte les fragments et détruit les insertions des parties molles du maxillaire.

Il combine donc le procédé de Roux avec l'incision sus-hyoïdienne latérale.

d) *Procédé de Kocher.* — Ce procédé décrit par son auteur

dans la dernière édition de son manuel de Chirurgie opératoire, est celui qu'il préconise comme procédé normal d'ablation de la langue.

1° Division médiane de la lèvre inférieure en allant jusque sur l'os, l'incision est étendue jusqu'à l'os hyoïde. Pincement des vaisseaux, puis division du maxillaire à la scie sur la ligne médiane. Placement de crochets aigus sur les surfaces osseuses sciées, division médiane des muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses. Application d'un écarteur entre les moitiés fortement écartées du maxillaire. La langue est tirée au dehors et vers le côté sain au moyen d'une anse de fil passée à travers l'organe. Au bord de la langue on fend la muqueuse du plancher de la bouche vers l'arrière, car sinon, elle se déchire en tirant trop fort sur la mâchoire. Apparition alors de la veine linguale allant en arrière et en dehors sur la face externe du muscle hyoglosse, et du nerf lingual allant en avant le long du bord de la langue, immédiatement sous la muqueuse.

Le grand hypoglosse monte au bord antérieur de l'hyoglosse, allant en avant et en dedans, sur la face externe de ce muscle pour pénétrer dans les fibres du génioglosse. Sous lui on voit monter l'artère linguale qui peut plus tard être facilement liée à ce niveau entre l'hyoglosse et le génioglosse. Division de l'hyoglosse au thermocautère, puis tirant fortement la langue en avant, division de la muqueuse, également au thermocautère, en arrière et à distance du néoplasme. Section du styloglosse et du glossopharyngien, puis si la tumeur a envahi la base de la langue, le voile ou la paroi latérale du pharynx, il faut diviser la muqueuse en avant de l'amygdale, détacher et soulever cet organe à sa face externe, sectionner le voile du palais aussi loin que possible en divisant les péristaphylins.

Toujours au thermocautère la muqueuse de la face postérieure du pharynx est incisée sur le muscle long du cou et en avant sur la base de la langue. Finalement on divise la langue elle-même en tissu sain. On a épargné ainsi autant que possible les muscles et les nerfs dans le but de ne pas entraver le mécanisme de la déglutition.

B. Section latérale. — a) *Procédé de Langenbeck.* — Incision cutanée allant de l'angle buccal jusqu'à l'os hyoïde, section à fond jusqu'au bord inférieur de la mâchoire, section de la peau seule au-dessous.

On arrache alors la canine ou la première molaire, on dégage la face interne du maxillaire en ce point et on scie à la hauteur de la dent arrachée. La section est faite obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, ce qui permet une coaptation meilleure des deux fragments osseux.

Pour ce qui est du reste de l'opération, il fait une incision sus-hyoïdienne latérale, perpendiculaire à la première, ce qui permet de faire la ligature de la linguale, d'extirper les ganglions malades, de sectionner les muscles et la muqueuse, et enfin d'enlever la langue elle-même.

b) *Modification de Bruns.* — Sur une incision verticale semblable, il branche une deuxième incision, celle-ci en forme d'arc de cercle, allant jusqu'au sterno-cléido-mastoïdien.

Des moyens de contention employés pour la suture du maxillaire. — Examinons rapidement les procédés employés pour réaliser la contention de cette véritable fracture du maxillaire inférieur ; ils sont nombreux et nous ne ferons que les indiquer brièvement.

1) Les bandages d'abord, c'est-à-dire les frondes de formes si variées.

2) La ligature des dents à l'aide d'un fil métallique, méthode qui peut amener des troubles sérieux tels que gingivite, ébranlement et chute des dents, etc.

3) La double pression exercée sur l'arcade dentaire et la base de la mâchoire, ce qui fut le point de départ de nombreuses méthodes, depuis celles de Chopart et Desault qui en furent les promoteurs.

Citons les appareils de Houzelot, de Morel Lavallée (plaque de gutta).

4) La contention avec les sutures métalliques et les chevilles d'ivoire, a été appliquée dans nombre de cas ; on perfore le maxillaire dans chaque fragment et on passe ainsi le fil métal-

lique (il vaut mieux faire les trous avant que le maxillaire ne soit scié, car indépendamment de la facilité plus grande que l'on a à perforer l'os intact, la symétrie est également plus facilement obtenue.

Tillaux ne faisait traverser au fil que la table externe de l'os.

M. Tripier qui emploie le procédé transmaxillaire fait deux sutures, l'une transversale supérieure, l'autre inférieure, verticale; cela pour empêcher les mouvements de haut en bas et ceux d'avant en arrière.

Les chevilles d'ivoire ont été également employées dans ces cas par nombre d'opérateurs.

Nous mentionnerons ici le procédé décrit par M. Duret en 1893. Ce procédé qui comporte la section du maxillaire a été appliqué par l'auteur pour des cas de tumeur de la base de la langue et surtout pour des néoplasmes de l'amygdale.

Procédé de M. Duret de Lille. — On taille un large lambeau en V descendant jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du cou, lambeau comprenant dans son épaisseur la branche montante du maxillaire et les muscles qui s'y insèrent.

1^{er} temps. — L'incision de la peau part de la commissure labiale, descend verticalement à 2 centimètres en avant du bord antérieur du masseter, sur le corps du maxillaire. Au niveau de l'os hyoïde, l'incision s'incurve, gagne le bord antérieur, puis le bord postérieur du sterno-cléido mastoïdien, le long duquel il remonte pour gagner l'oreille.

2^e temps. — Taille du lambeau. La muqueuse de la joue est laissée intacte.

3^e temps. — Ablation des ganglions sous-maxillaires et cervicaux de bas en haut et de dehors en dedans; on enlève également le sous-maxillaire, si besoin est.

4^e temps. — Section du maxillaire à 2 centimètres en avant du masseter. Elévation du lambeau ostéocharnu, élévation qui facilite la section de la muqueuse buccale. On a alors un vaste hiatus par lequel on voit la partie la plus reculée du bord de la langue.

5^e temps. — Ablation de toute la zone malade au thermocautère.

6^e temps. — Suture du maxillaire et du lambeau en laissant en arrière une ouverture par laquelle on place un tamponnement lâche ou un drain.

C. *Résection temporaire* : 1) du corps du maxillaire, opération faite par Bœckel (en 1863) qui sépara toute la partie moyenne du maxillaire (entre les deux faciales), la rabattit en avant, puis la remit en place par suture, une fois la tumeur linguale enlevée.

2) De la partie latérale du corps. 1^{re} opération de Billroth en 1861, opération répétée par Albert d'Innsprück.

3) De la branche montante, 2^e opération de Billroth.

D. *Résection permanente*. — On la pratique surtout lorsque l'os est envahi par le néoplasme ; on peut la faciliter par la désarticulation d'un des côtés de la mâchoire. Cette opération effectuée d'abord par Maisonneuve, fut refaite par Langenbeck, Kocher, etc. Elle a eu dans ces derniers temps un regain de faveur.

1) *Procédé de M. Vallas* décrit à la Société de chirurgie de Lyon en mai 1902.

Le principe de l'opération consiste à tout enlever en masse sans faire de section de lymphatiques cancéreux susceptibles d'inoculer le champ opératoire : pour cela on enlève la moitié du maxillaire, la chaîne ganglionnaire, la tumeur, en dépassant très loin en arrière les limites du cancer.

« Je cercle la tumeur, y compris ses ganglions, par une incision, j'enlève ensuite tous les ganglions en liant à mesure les branches carotidiennes, parfois la carotide même ; je pousse ensuite très haut la dénudation du maxillaire, je sectionne l'apophyse coronoïde au ciseau pour éviter l'arrachement du temporal qui est une mauvaise manœuvre. Je coupe alors la muqueuse au ras des dents, ouvrant seulement alors la cavité buccale. Je sectionne le maxillaire sur la ligne médiane, puis la langue aussi loin que possible des limites de la néoplasie. Tout est ainsi enlevé en bloc ».

En résumé, il faut enlever en masse le cancer avec ses lymphatiques et pour cela enlever même le maxillaire.

Ce procédé est à rapprocher de celui décrit par Mac Cormick.

2) *Procédé de Mac Cormick* décrit en détail par son auteur à la 5^e session du Congrès de Médecine de Brisbane (Australie) 1903.

Ce procédé consiste à pratiquer l'ablation des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et sous-linguaux, ainsi que des glandes salivaires des mêmes régions, de la moitié du maxillaire inférieur et de la moitié de la langue en une seule masse, en liant l'artère linguale et dans certains cas, la carotide externe, et en incisant la lèvre inférieure.

Modification de Syme. — Au lieu de faire la ligature de la carotide externe, il place des pinces et pratique la ligature des vaisseaux coupés avant de suturer, cela dans le but d'éviter les hémorragies secondaires.

VOIE TRANS-HYOÏDIENNE

Procédé de Vallas de Lyon 1895. — Méritant une mention spéciale est le procédé de Vallas. Cet auteur emploie en effet pour l'ablation de cancers siégeant à la partie reculée de l'organe, la voie trans-hyoïdienne. Voici le résumé de l'opération qu'il a pratiquée dans ces cas.

Après ligature préalable des deux artères linguales, section de la peau sur la ligne médiane, section partant d'un travers de doigt au-dessous de l'os hyoïde et remontant vers le bord inférieur du maxillaire inférieur. Section et rugination du périoste hyoïdien et section de l'os hyoïde sur la ligne médiane, avec la cisaille de Liston. Désinsertion par la bouche de toute la muqueuse buccale sur toute la longueur de la face interne du maxillaire inférieur. Section des attaches de la langue au plancher et aux parties latérales de la bouche (désinsertion des génioglosses et amygdaloglosses. Saisir ensuite la pointe de la langue avec une pince passée par la plaie hyoïdienne et écartant le mylo-hyoïdien, l'amener au dehors. Enfin raser aux ciseaux le bord supérieur de l'os hyoïde pour détacher l'hyoglosse et terminer la section de la base de la langue. L'organe est donc ainsi amputé dans sa totalité.

Vallas termine en passant de chaque côté un gros fil à travers le plancher buccal et le mylo-hyoïdien, dans le but de rétrécir la brèche ainsi faite et de favoriser la reconstitution de la sangle mylo-hyoïdienne. Il est inutile de suturer l'os hyoïde. On enlève les ganglions sous-maxillaires par les incisions faites pour lier les linguales, et les ganglions médians par l'incision verticale allant à l'os hyoïde.

PROCÉDÉ MIXTE COMBINANT LA VOIE BUCCALE ET LA VOIE SUS-HYOÏDIENNE
BILATÉRALE AVEC INTERPOSITION DU MYLO-HYOÏDIEN

Procédé de M. le Professeur Poirier (avril 1902). — Première incision longue de 15 à 20 centimètres suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, incision étendue de la dépression toujours sensible en arrière de l'angle de la mâchoire jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. On s'efforce de ne point dépasser en haut le niveau de l'angle maxillaire pour épargner autant que possible les filets cervicaux du facial, dont quelques-uns sont cependant souvent coupés.

Cette incision qui comprend la peau, le peaucier et l'aponévrose, coupe d'ordinaire une ou deux jugulaires externes dont les bouts sont liés de suite pour ne point embarrasser le champ opératoire par la présence de pinces.

Sur cette première incision on en fait tomber perpendiculairement une seconde commençant à 1 centimètre en dehors de la symphyse mentonnière et rejoignant la première vers le bord supérieur du cartilage thyroïde. On dissèque les deux lambeaux cutanés ainsi formés.

Puis, procédant comme pour les ligatures de la carotide externe, l'on dégage le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, on reconnaît, lie et coupe une ou plusieurs veines thyro-linguo-faciales. Le plus souvent on constate alors la présence d'une chaîne ganglionnaire masquant les vaisseaux et parfois adhérente à la veine jugulaire interne. La recherche et le dégagement de ces ganglions est un temps long, délicat, mais

essentiel et utile, et de l'accomplissement plus ou moins intégral duquel dépend l'avenir. Les ganglions les plus gros et les plus nombreux sont généralement vers la bifurcation des carotides ; de là il faut remonter le long de la jugulaire jusqu'au trou déchiré postérieur et descendre jusqu'au dessous de l'omohyoïdien. Si les ganglions sont nombreux et adhérents, il faut sacrifier tout ce qui y touche, jugulaire interne entre autres organes. L'aspect des ganglions est variable ; ils peuvent être gros, rougeâtres, succulents, facilement dégagables des tissus voisins avec le doigt ou la sonde cannelée ; il faut alors et par dessus tout éviter de les pincer, ce qui les écrase et pourrait semer la dégénérescence épithéliale.

Tantôt ils sont moins colorés, plus durs, très adhérents aux tissus voisins, d'enlèvement difficile, nécessitant alors l'ablation au bistouri qui doit trancher dans la zone adhérente.

La carotide externe, ou bien les artères linguale et faciale sont alors liées.

Puis ablation de la glande sous-maxillaire et des ganglions lymphatiques situés dans sa loge, l'hémostase étant faite chemin faisant. Recherche et ablation, dans la partie antérieure de la plaie des ganglions sous-mentaux si fréquemment atteints et situés entre la symphyse mentonnière et l'os hyoïde.

Il faut alors explorer le bord supérieur de l'os hyoïde et de sa grande corne, la face externe et même l'épaisseur de l'hyoglosse ; on peut ainsi trouver de très petits ganglions dans le triangle de la linguale ou sous la face profonde du muscle.

La suture des deux plaies est alors effectuée et il faut avoir soin de drainer à la partie déclive.

La même opération est recommencée identiquement de l'autre côté ; c'est le deuxième temps de l'opération totale, et il ne reste plus qu'à pratiquer l'ablation large de la tumeur linguale selon le procédé de Whitehead.

Tel est le procédé décrit par M. le Professeur Poirier en 1902, procédé qu'il employait pendant notre année d'internat, mais en y ajoutant la laryngotomie intercricothyroïdienne sur laquelle nous reviendrons.

PROCÉDÉS EN DEUX TEMPS

Nous en aurons fini avec l'étude des divers procédés d'extirpation des cancers de la langue, lorsque nous aurons signalé le procédé qu'emploient actuellement beaucoup de chirurgiens anglais dont MM. Butlin, Jacobson, etc , et dont M. J.-L. Faure se montrait partisan devant la Société de Chirurgie.

Il s'agit de pratiquer l'opération en deux temps. M. Butlin par exemple fait en une même séance l'ablation des ganglions lymphatiques, puis quinze jours après environ, pratique l'amputation de la langue.

Cette méthode a pour but d'amoindrir le shock opératoire en diminuant la longueur de l'opération.

ETUDE ANATOMIQUE DES PROPAGATIONS DANS LE CANCER DE LA LANGUE

Le cancer de la langue peut se propager de trois façons : soit par continuité, soit par la voie sanguine, soit enfin par la voie lymphatique. Ce mode d'évolution n'a d'ailleurs rien de particulier à ce genre de cancer.

I. — De la propagation par continuité, nous dirons peu de chose, ne faisant que rappeler l'extension si fréquemment notée, au sillon alvéolo-lingual, au plancher de la bouche, au maxillaire inférieur, et en arrière, à l'amygdale, à la paroi pharyngée, à l'épiglotte, etc. Dans ces cas où la tumeur fort étendue en arrière a filtré en quelque sorte dans les rigoles laryngo-pharyngées, il n'est plus guère permis de songer à l'opération : il faut alors des délabrements extrêmement étendus et les chances de guérison opératoire deviennent bien minimes.

II. — Le néoplasme peut se propager par la voie sanguine, mais nous n'avons pas l'intention d'étudier ici le mode d'envahissement de l'organisme par cette voie. Lorsque les greffes du cancer ont été disséminées çà et là dans les différents viscères, il est bien évident que la maladie ne relève plus du chirurgien et que l'on n'a plus à disputer alors la question d'opération. Mais, et c'est un fait important à connaître, la propagation par voie sanguine se fait assez rarement et est toujours tardive.

Roger Williams ayant pratiqué 52 autopsies de cancéreux de la langue, morts après ou sans opération, a trouvé 7 fois seule-

ment des noyaux dans les viscères : poumons, foie, etc., tandis que dans 51 cas, les ganglions étaient infiltrés, ce qui montre bien l'importance du 3^e mode de propagation, par la voie lymphatique.

III. — Le néoplasme peut enfin se propager par la voie lymphatique, mais l'embolie cancéreuse rencontre sur sa route un obstacle : le ganglion. Il lui faut un certain temps pour franchir ce barrage.

Si donc le chirurgien intervient à une époque assez rapprochée du début, s'il peut enlever, tumeur, voies lymphatiques et ganglions, ce qui revient à dépasser les limites du mal, il y aura chances de guérison, ou tout au moins de survie assez longue pour mériter ce nom.

Cette propagation par voie lymphatique est donc de beaucoup la plus importante et nous l'étudierons avec détails en considérant d'abord les lymphatiques et ganglions normaux de la langue, puis ce qu'ils deviennent pendant l'évolution du cancer.

1) *Lymphatiques et ganglions normaux de la langue.* — Nous ne saurions faire ici une description complète des lymphatiques de la langue, étudiés magistralement d'abord par Sappey, puis dans ces dernières années par Kultner et MM. Poirier et Cunéo ; nous nous contenterons de résumer en quelques lignes les points particulièrement intéressants de leur étude.

Les lymphatiques superficiels forment un réseau étalé sans interruption sur toute l'étendue de la muqueuse linguale ; aux confins de celle-ci ce réseau se continue sans ligne de démarcation bien nette avec les réseaux homologues des muqueuses adjacentes. Enfin si les lymphatiques de la base de la langue présentent une certaine indépendance, ceux du corps même de l'organe communiquent si largement que sur certains sujets, on peut les injecter en totalité par une seule piqûre. L'injection franchit toujours sans difficulté la ligne médiane ; les troncs collecteurs eux-mêmes peuvent être envahis des deux côtés par une piqûre faite franchement sur la partie latérale.

Les lymphatiques profonds forment des troncs collecteurs que l'on peut répartir en 4 groupes :

Les troncs apicaux, naissant de l'extrême pointe de la langue sont généralement au nombre de deux de chaque côté. Ils se terminent, l'un dans un ganglion reposant sur la jugulaire interne, au-dessus du point où ce vaisseau est croisé par l'omohyoïdien dont il a suivi le bord externe ; l'autre dans les ganglions sus-hyoïdiens médians, généralement dans le plus rapproché de la symphyse.

Les troncs marginaux, nés du réseau de la face dorsale du corps de la langue, croisent les bords latéraux de l'organe et se divisent en deux groupes : l'un externe aboutissant dans le plus antérieur des deux ou trois ganglions que l'on rencontre vers le pôle antérieur de la glande sous-maxillaire ; l'autre, interne, plus fourni, aboutissant aux ganglions de la jugulaire interne, après avoir suivi la face superficielle ou la profonde du muscle hyoglosse.

D'une façon générale, le ganglion dans lequel ils se rendent est situé d'autant plus bas que leur origine linguale est plus antérieure. Le ganglion le plus volumineux de la région est généralement situé au-dessous du tronc veineux thyro-linguo-facial et du ventre postérieur du digastrique.

Sur le trajet de ces troncs marginaux se trouvent souvent de petits ganglions linguaux, latéraux et inconstants.

Les troncs basaux ou postérieurs sont volumineux et représentent la voie lymphatique principale de la langue : les uns, médians, souvent entrecroisés, formant en réalité un pédicule impair au niveau duquel se mélange la lymphe des deux moitiés de l'organe ; les autres latéraux, se réunissent aux précédents au niveau du pôle inférieur de l'amygdale, traversent le constricteur inférieur, passent sous le styloglosse, suivent l'artère dorsale de la langue et avec d'autres lymphatiques linguaux qui traversent le constricteur moyen, se jettent dans un gros ganglion placé sur la jugulaire interne au-dessous du ventre postérieur du digastrique. C'est là le ganglion principal, le haupt ganglion de Kuttner.

Les troncs centraux enfin, nés de la partie moyenne du réseau dorsal, descendent sur la ligne médiane entre les deux génio-

glosses ; d'où un pédicule impair et médian vite divisé en deux pédicules secondaires, aboutissant dans les ganglions placés le long de la jugulaire interne, les uns au ganglion principal, d'autres au ganglion sus-omohyoïdien.

Telle est la disposition qu'enseigne l'anatomie, disposition qui, à première vue, ne semble pas favoriser la chirurgie du cancer de la langue.

En effet, ainsi que le dit M. Maucclair, il est matériellement impossible d'enlever les troncs lymphatiques qui traversent les constricteurs supérieur et moyen, et bien difficile d'enlever tous ceux qui traversent le mylohyoïdien.

2) *Lymphatiques et ganglions pathologiques de la langue.* — Voyons maintenant comment les ganglions se comportent dans les cas d'infection cancéreuse.

Tout cancer abandonné à lui-même envahit de manière précoce les ganglions lymphatiques et cela de façon beaucoup plus intense que ne le révèle la clinique. Il ne saurait plus être question de l'ancienne distinction en ganglions volumineux, mous, que l'on disait inflammatoires, pour les opposer aux ganglions petits, durs, cancéreux. Il est bien évident qu'au cours des ulcérations linguales suintantes si fréquemment observées, une bonne part revient à l'inflammation banale comme cause de l'engorgement ganglionnaire ; il n'en est pas moins vrai que ces ganglions doivent être considérés comme dégénérés.

Pour la fréquence, disons seulement que Meyer a constaté l'infection ganglionnaire dans 70 0/0 des cas qu'il lui a été donné d'observer. W. Sachs les trouva pris dans 82 0/0 des cas tandis que Iahr ne mentionne leur engorgement que dans 60 0/0 des cas.

Au sujet du développement précoce de l'infection ganglionnaire Iahr cite un cas où des ganglions étaient déjà appréciables un mois après le début de la tumeur. Butlin dit que bien souvent on trouve des adénopathies au bout de deux à trois mois, mais ce sont là des cas où l'infiltration ganglionnaire se fait de manière plus précoce qu'il n'est habituel de l'observer.

Comme moyenne de l'apparition des adénopathies après le

début de la lésion, W. Sachs donne quatre à cinq mois ; Winiwarter quatre à six et Jahr, trois à six, en ne considérant bien entendu que l'adénopathie sentie au palper.

La clinique et surtout l'examen histologique de ganglions enlevés au cours de curages ganglionnaires dans les cas de cancers linguaux, donnent-ils des résultats cadrant absolument avec les données anatomiques ? C'est ce que nous allons essayer de voir en passant en revue les principales opinions des auteurs à ce sujet :

Hutchinson en 1891 (*British Medic. Journal* 5 décembre 1891) répartissait les ganglions tributaires de la langue en trois groupes : l'un sous-maxillaire, l'autre dans la région antéro-inférieure du sterno-cléido-mastoïdien, le troisième enfin, dans la région toute supérieure de ce muscle, en arrière de l'apophyse mastoïde, groupes qui ne seraient pris simultanément que très rarement.

Herbert Snow (*British Medic. Journ.* 1891) indique trois régions d'engorgement ganglionnaire, régions assez distinctes : l'une sous la mâchoire inférieure, l'autre cervicale superficielle sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, la troisième, cervicale profonde, au contact des gros vaisseaux du cou.

Il insiste sur le sens de l'infiltration ganglionnaire : pour un épithélioma de la partie antérieure de la langue on aurait d'abord atteinte du groupe sous-maxillaire, puis du groupe cervical superficiel et enfin du profond.

Pour les lésions de la région postérieure de la langue, ce seraient d'abord les ganglions cervicaux profonds qui seraient pris, puis les cervicaux superficiels et dans ces cas les ganglions sous-maxillaires seraient intacts.

Butlin, dans son *Traité des maladies de la langue*, admet également une division des plus nettes : Les lymphatiques venus du sommet de la langue produisent l'engorgement des ganglions submentaux ; ceux d'une moitié de la langue, avec envahissement du plancher buccal, engorgent dans l'ordre les submentaux, les sous-maxillaires, les carotidiens. — Enfin ceux de

la base de la langue forment aussi plusieurs groupes se rendant aux ganglions cervicaux supérieurs et inférieurs, au groupe carotidien et au groupe parotidien ; mais cliniquement la chaîne importante est celle des ganglions cervicaux profonds, située le long de la jugulaire interne, sous le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Cette chaîne s'étend de la base du crâne au point de croisement par le muscle omohyoïdien, mais ce sont surtout les ganglions inférieurs de cette chaîne, ceux qui sont situés au niveau de la bifurcation de la carotide qui sont les premiers et les plus envahis. Il ajoute encore : « Pratiquement l'infection ganglionnaire précoce est unilatérale, lorsque la tumeur est elle-même unilatérale et bien limitée. Mais par contre si on a affaire à un cas avancé, les ganglions du côté opposé sont souvent envahis, infiltrés ; enfin lorsque la tumeur approche et surtout dépasse la ligne médiane, les ganglions sont toujours pris des deux côtés et bien souvent c'est le côté opposé à celui de la lésion la plus profonde qui est le plus altéré ».

Et enfin plus loin, ce même chirurgien attire l'attention sur ce fait qu'il a vu plusieurs fois de petits épithéliomas bien limités à un des côtés de la langue, mais situés au niveau de la base, infecter de manière très précoce les ganglions des deux côtés et même le côté opposé seul. Cette affirmation de la part d'un chirurgien qui est un de ceux qui ont le plus vu de cancers de la langue, a une valeur des plus grandes car elle souligne nettement la bilatéralité parfois précoce de l'engorgement ganglionnaire au cours des épithéliomas de la langue.

Pourquoi un cancer de la base a-t-il plus de tendance qu'un cancer de la partie antérieure de la langue à infecter les territoires ganglionnaires des deux côtés ? peut-être par suite du développement de l'organe formé, comme on le sait, aux dépens des deux ébauches pour la partie antérieure, et d'une seule pour la partie postérieure, basale, formation que rappelle M. Wheeler de Dublin qui en tire des déductions pour l'ablation plus ou moins large de tissu musculaire lingual.

Pour essayer de fixer le mieux possible l'importance relative des groupes ganglionnaires, trois auteurs, W. Sachs, W. Eicke,

et Rœdiger ont relaté dans des tableaux le siège des adénopathies dans les cas de cancers qu'ils ont observés.

W. Sachs (*Arch. f. Klinik. Chirurg.* 1893) étudiant 69 cas de cancers de la langue, opérés par Kocher, fait la statistique ganglionnaire intéressante que nous transcrivons :

Sur 49 cas où l'on sentait des ganglions, ils étaient 36 fois sous-maxillaires uniquement.

Adénopathies sous maxillaires : d'un seul côté 26, bilatérales 10	36
» sous-maxillaires et carotidiennes.	3
» sous et rétromaxillaires.	3
» sous-maxillaires et sous-mentales	3
» Carotidiennes.	2
» sous-mentales	1
» rétromaxillaires ?	1

Malheureusement il ne met pas en parallèle les lésions observées sur la langue dans ces différents cas.

Wald Eicke, dans sa thèse de Breslau (1901) consacrée à l'étude de 42 cas d'épithéliomas de la langue observés et opérés par le Dr Von Mickulicz-Radecki de 1891 à 1901, donne également une liste des groupes ganglionnaires le plus souvent pris.

Rœdiger enfin consacre un chapitre spécial à l'envahissement ganglionnaire et indique parallèlement les lésions observées dans ces cas au niveau de la langue. On peut ainsi résumer les divers renseignements qu'il donne :

Sur 11 cas où les ganglions sous-maxillaires étaient seuls envahis huit fois la lésion était unilatérale. Six fois la langue atteinte seule ; une fois le plancher et le frein ; une fois le pilier antérieur.

Trois fois il y avait bilatéralité : Dans un cas la langue seule était atteinte. Dans un second le plancher de la bouche était aussi envahi. Dans le troisième la lésion avait atteint l'amygdale.

Trois cas avec envahissement des ganglions cervicaux profonds seuls :

D'un seul côté un cas : a) Langue seule atteinte.

Des deux côtés deux cas : a) Langue et plancher de la bouche.
b) Langue, maxillaire, arc palatoglosse.

Un cas avec envahissement des ganglions sous-mentaux ; langue seule atteinte.

Envahissement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux profonds supérieurs.

D'un seul côté un cas : Cancer limité à la langue.

Des deux côtés un cas. Lésion intéressant l'arc palatoglosse.

Envahissement des ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux : D'un seul côté un cas : Lésion linguale.

Envahissement des ganglions sous-mentaux et cervicaux profonds supérieurs : Des deux côtés (2 cas). Dans les deux cas, lésion ayant envahi la langue, le plancher et jusqu'à l'épiglotte.

Envahissement des ganglions sous-mentaux, sous maxillaires d'un côté et carotidiens supérieurs des deux côtés ; langue et voile du palais intéressés.

Envahissement des ganglions sous-maxillaires unilatéraux et parotidiens des deux côtés ; langue et plancher pris.

Rœdiger cite encore un cas où il y avait atteinte des glandes lymphatiques linguales, et enfin relate l'atteinte des glandes salivaires :

La glande sous-maxillaire dans trois cas : Langue et voile du palais ; langue seule ; langue et plancher.

La glande sublinguale dans trois cas également : Langue et plancher ; langue plancher et frein ; langue et plancher.

Si on essaye de mettre en relief dans ce tableau les déductions intéressant au premier chef l'opérateur, nous ne voyons qu'un seul cas de mentionné, où, avec une lésion limitée à la langue, on ait noté de l'envahissement bilatéral des ganglions sous-maxillaires. Dans tous les autres cas où la bilatéralité est mentionnée, quel que soit le siège des adénopathies, toujours on a une lésion ayant envahi le plancher de la bouche, ou le voile du palais. Pour la fréquence relative des lésions des groupes, nous voyons également que les ganglions sous-maxillaires sont surtout envahis, ainsi que ceux de la chaîne carotidienne.

Jahr (thèse inaugurale Iéna 1903) donne l'état des ganglions dans douze cas.

Dans trois cas les ganglions sous-maxillaires étaient atteints

des deux côtés, bien que la lésion fut limitée à un des côtés de la langue.

Dans six cas les ganglions sous-maxillaires étaient pris d'un seul côté.

Dans un cas adénopathie carotidienne exclusive.

Dans deux cas les ganglions sous-maxillaires et carotidiens du même côté, étaient envahis.

Enfin, Eisendrath (*Journal American Medical Association* 1906) insiste sur l'engorgement fréquent des ganglions sous-maxillaires et de ceux de la chaîne carotidienne qui s'insinuent sous le sterno-cleido-mastoïdien.

Mais ce ne sont là que des examens basés sur la clinique, or on sait parfaitement qu'on ne peut affirmer la dégénérescence épithéliale de tel ou tel ganglion d'après son volume ou sa consistance explorés par le palper ; il faut avoir recours à l'examen microscopique pour pouvoir être affirmatif. Or il n'existe, dans aucun travail, de tableau relatant les lésions histologiques des ganglions,

C'est ce point que nous nous sommes proposés d'approfondir en étudiant par examens microscopiques les modifications que présentaient les ganglions enlevés par notre Maître M. le Professeur Poirier. Nous avons pu réunir 22 cas d'Epithéliomas de la langue, plus ou moins étendus, où l'examen histologique des ganglions a été pratiqué.

Nous faisons abstraction ici des résultats tirés de l'étude de ganglions enlevés en cas de récurrence.

Ces 22 cas peuvent être groupés de la sorte :

Noms	Date de l'opération	Siège de la tumeur	Nature histologique de la tumeur	Ganglions sous-maxill. et sous-mentaux		Ganglions carotidiens		Ganglions omo-hyoïdien	
				droits	gauches	droits	gauches	droit	gauche
1 Gustave L.	17 mars 1904	Bord droit de la langue.	Epithélioma à globes cornés, envahissant et dissolvant les fibres musculaires. Nombreuses cellules géantes.	Sains	Sains	4 seul présente des lésions histologiques.	Sains	non trouvé	non trouvé
2 Jean B.	23 mars 1904	Lésions très étendues de la base, empiétant sur le plancher de la bouche.	Epithélioma typique.	Sains	Sains	Dégénérés.	Dégénérés	Sain	Sain
3 X.	3 mai 1904	Bord gauche de la langue.	Epithélioma typique.			Pas de lés. canc.; vas. les zones nécrotiq.	Dégénérés		
4 Senor A.	17 mai 1904	Lesion ayant débuté sur la partie médiane de la langue.	Epithélioma à globes cornés abondants.			Dégénérés	Totalém. cancéreux	Dégénéré	Sain
5 Isidore B.	20 mai 1904	Bord droit de la langue. Plancher intact.	Epithélioma type.	Aucun des ganglions enlevés ne présentait, histologiquement, de lésions cancéreuses.					
6 X.	30 juillet 1904	Partie médiane de région postérieure.	Epithélioma à globes cornés abondants. Cellules géantes très nombreuses.			Dégénérés	Dégénérés		
7 Paul L.	21 oct. 1904		Epithélioma. Enorme infiltration leucocytaire.	Sains	Sains	Sains	Sains	Sain	Sain

Noms	Date de l'opération	Siège de la tumeur	Nature histologique de la tumeur	Ganglions sous-maxill. et sous-mentaux		Ganglions carotidiens		Ganglions omo-hyoidien	
				droits	gauches	droits	gauches	droit	gauche
8 Ed. M.	17 mars 1905	Tiers postérieur (base et planches)	Epithélioma.	Ganglions enlevés sont tous sclérosés mais ne présentent pas de dégénérescence cancéreuse.					
9 C.	28 mars 1905	Lésion droite très étendue avec envahissement du plancher buccal.	Epithélioma.	Sains	Pas trouvés	Sains	Pas trouvés	Sain	Pas trouvé
10 Arthur C.	12 avril 1905	Ulcération longue et profonde, occupant tout le bord droit de la langue.	Epithélioma très actif.	Sains	Sains	Sains	Sains	Sain	Sain
11 Jean H.	14 avril 1905	Pointe de la langue.		Des ganglions enlevés (3 de chaque côté) aucun n'est cancéreux, histologiquement.		atrophie compl. du syst. lymph. car. gauche			
12 Pir.	11 mai 1905	Bord droit de la langue, 1/3 antérieur.	Epithélioma.	Tous les ganglions enlevés sont sclérosés, aucun n'est histologiquement cancéreux.					
13 X.	23 juin 1905	Lésion occupant le bord gauche de la langue et ayant envahi le plancher de la bouche.	Epithélioma.	Sains	Sains	Sains	Cancéreux	Sain	Cancéreux
14 Dut.	20 juillet 1905	Tumeur ulcérée siégeant sur le bord gauche.	Epithélioma.	Cancéreux	Cancéreux	Sains	Scléreux	Sain	Scléreux

Noms	Date de l'opération	Siège de la tumeur	Nature histologique de la tumeur	Ganglions sous-maxill. et sous-mentaux		Ganglions carotidiens		Ganglions omo-hyoïdiens	
				droits	gauches	droits	gauches	droit	gauche
15 Eugène M.	23 oct. 1905.	Lésion occupant tout le bord droit de la langue.	Epithélioma.	Aucun des ganglions enlevés ne présentait de dégénérescence cancéreuse.	Sains	Cancéreux	Cancéreux	Sain	Sain
16 Colin	27 oct. 1905.		Epithélioma.	Sains	Sains	Cancéreux	Cancéreux	Sain	Sain
17 Ferdin. A.	4 nov. 1905.	Lésion droite s'étendant fort loin en arrière, dans le sillon glosso-épiglottique.	Epithélioma.	Cancéreux	Cancéreux	Cancéreux	Cancéreux	Sain	Sain
18 S.	8 nov. 1905.	Moitié droite de la langue.	Epithélioma.	Cancéreux	Cancéreux	Cancéreux	Cancéreux	Sain	Sain
19 L.	11 nov. 1905.	Lésion occupant les 2/3 antérieurs de la moitié droite de la langue.	Epithélioma.	Cancéreux	Cancéreux	Sains	Sains	Sain	Sain
20 X.	21 nov. 1905.	Lésion siégeant au niveau de la partie droite de la base de la langue.	Epithélioma.	Sains	Sains	Cancéreux	Cancéreux	Sain	Sain
21 Cas de M. P. Duval (juin 1905).	juin 1905	Lésion atteignant la partie reculée de la langue.	Epithélioma.	Sains	Sains	Cancéreux	Cancéreux	Sain	Sain
22 Cas de M. Quénu (soc.chir.).	juin 1905	Bord gauche de la langue.	Epithélioma.	Sains	Sains	Sains	Sains	Sain	Sain

Ainsi donc, dans un cas seulement (n° 11) l'épithélioma siégeait à la pointe de la langue, greffé sur une plaque leucoplasi-que ; la recherche des ganglions carotidiens du côté gauche fut infructueuse et l'on ne peut en trouver aucun de ce côté.

Dans les loges sous-maxillaires on trouva trois ganglions de chaque côté ; aucun d'eux n'était altéré histologiquement.

Dans 10 cas (N^{os} 1, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 15, 16, 22), la tumeur occupait un des bords de la langue et était bien limitée, n'ayant envahi dans aucun cas le plancher de la bouche ou le pilier du voile. La recherche des ganglions fut pratiquée dans tous les cas. Six fois l'on ne put déceler dans aucun d'eux, de traces de dégénérescence cancéreuse.

Une fois un des ganglions de la chaîne carotidienne du côté correspondant à la tumeur, fut trouvé dégénéré.

Une fois les ganglions carotidiens du côté correspondant furent trouvés cancéreux histologiquement.

Une autre fois les ganglions des deux chaînes carotidiennes étaient dégénérés.

Enfin dans le dernier cas, ce furent les ganglions sous-maxillaires des deux côtés qui seuls, présentaient des lésions de dégénérescence.

La tumeur ayant débuté sur un bord de la langue et ayant envahi le plancher de la bouche constituait les lésions observées dans 2 cas (N^{os} 9 et 13).

Chez le premier de ces deux malades, on nota une atrophie complète du système ganglionnaire, du côté opposé à la tumeur, tandis que du côté correspondant existaient des ganglions dans lesquels on ne put cependant trouver d'altérations, par l'examen microscopique.

Dans le second, les ganglions de la chaîne carotidienne correspondante, furent trouvés dégénérés, ainsi que le ganglion omo-hyoïdien, également du même côté.

Deux fois la tumeur n'occupait plus le bord de la langue, mais envahissait toute une moitié de l'organe, arrivant au contact de la ligne médiane (cas n^{os} 18 et 19).

Dans l'un (n° 18) les ganglions sous-maxillaires comme les

carotidiens étaient altérés, et cela des deux côtés. Les ganglions omo-hyoïdiens étaient intacts.

Dans l'autre (n° 19) alors que les chaînes carotidiennes avec les omo-hyoïdiens furent trouvés intacts, les ganglions sous-maxillaires, des deux côtés furent reconnus histologiquement dégénérés.

Dans deux observations, nous voyons que la tumeur a débuté sur la partie moyenne de la langue, épithélioma à cheval sur la ligne médiane, dès les premiers stades de son évolution. (Cas n° 4 et 6).

Les deux fois, les ganglions carotidiens des deux côtés ont été trouvés atteints par la dégénérescence épithéliale et dans l'un de ces cas (n° 4) le ganglion omo-hyoïdien du côté droit était aussi altéré.

Restent enfin les n° 2, 8, 17, 20 et 21 dans lesquels il s'agissait de tumeur de la base ayant envahi rapidement et le plancher buccal et les piliers du voile, et le sillon glosso-épyglottique, etc.

Dans les cas (2, 20 et 21) les ganglions carotidiens des deux côtés étaient dégénérés ; il en était de même dans le n° 17 où existaient en plus des lésions dans les sous-maxillaires des deux côtés.

Dans le dernier (n° 8) aucun des ganglions enlevés ne présentait d'altérations autres que celles d'une sclérose banale.

En résumé, nous voyons donc que sur 22 cas, 9 fois les ganglions enlevés furent reconnus intacts histologiquement, ce qui donne une proportion de 40,9 0/0. Six fois il s'agissait de tumeurs limitées à un des bords de la langue ; une fois d'un épithélioma leucoplastique de la pointe ; les deux autres cas se rapportaient à des tumeurs ayant envahi le plancher buccal, l'une des deux siégeant fort loin en arrière.

Dans les 13 cas restants, les ganglions carotidiens étaient atteints 11 fois ; neuf fois exclusivement et deux fois avec les ganglions sous-maxillaires.

Trois cas seulement sont notés avec dégénérescence unilatérale ; les 8 autres fois, il y avait bilatéralité des lésions.

Deux fois le ganglion omo-hyoïdien du côté correspondant à la tumeur était envahi.

Dans deux cas enfin les ganglions sous-maxillaires des deux côtés présentaient des lésions de dégénérescence néoplasique.

Une dernière remarque intéressante, c'est que la bilatéralité des lésions ganglionnaires a été observée deux fois avec des tumeurs limitées à un bord : cas n° 14 (ganglions sous-maxillaires) et n° 16 (ganglions carotidiens), et huit fois avec des lésions à point de départ médian, ou des tumeurs fort étendues en arrière.

DE LA MORTALITÉ OPÉRATOIRE DANS LE CANCER DE LA LANGUE

Quelle que soit la méthode choisie par le chirurgien, le patient n'en restera pas moins exposé à une série d'accidents, quelques-uns très graves, qui ne se présentent pas à la suite d'autres opérations, car ils tiennent aux rapports intimes qu'affecte la cavité buccale avec les voies digestives et surtout respiratoires. Nous retrouvons en outre des complications inhérentes à toute opération importante, tel le shock. Enfin l'accident qui effrayait le plus les anciens auteurs, est l'hémorragie, qu'elle soit immédiate ou plus ou moins tardive.

Quelle est donc la mortalité opératoire dans le cancer de la langue ?

Il est difficile de la fixer de manière absolument correcte.

L'ablation d'une minime partie, voire même d'une moitié de la langue ne s'accompagne que d'une très petite mortalité, et ne saurait être comparée à l'ablation de la totalité de l'organe, et surtout à l'ablation faite simultanément d'une plus ou moins grande partie du plancher buccal, de la région tonsillaire, de la paroi pharyngienne ou même d'une portion de la mâchoire inférieure. Les opérations pratiquées pour enlever les ganglions entrent également en ligne de compte pour influencer la mortalité opératoire.

De cette différence, une preuve nous est fournie par la statistique que donne Whitehead ; sur 139 opérations, 66 furent simples, sans complications et la mort ne se produisit que trois fois. Dans les 38 autres cas où l'opération fut compliquée et nécessita

des délabrements intenses, il y eut alors 17 morts. Donc si on fait un total, on a 139 cas avec 20 morts c'est-à-dire une mortalité opératoire de 14,30/0.

Et l'on s'explique ainsi facilement les grandes variations que peut donner l'étude des statistiques des divers opérateurs ; ainsi que nous le dirons par la suite, il serait surtout intéressant de pouvoir démontrer de la sorte la valeur des résultats obtenus par tel ou tel procédé opératoire.

Nous nous contenterons donc de rappeler le pourcentage de mortalité opératoire des divers chirurgiens, nous réservant ensuite de jeter un coup d'œil d'ensemble.

Parmi les auteurs les plus anciens où on doit avoir recours à la statistique qu'ils ont eux-mêmes donnée, il faut citer :

Tredenlenburg	Mortalité de	17,4 0/0
Schlœpfer	»	20 0/0
E. A. Barker	»	23,8 0/0
Winiwarter	»	28,1 0/0
Volkman	»	4 0/0
Büdinger	»	10 0/0

Dans les autres auteurs, nous avons pu faire nous-mêmes la proportion de leur mortalité opératoire et ce sont leurs résultats que nous résumerons ici :

	Nombre des cas	Morts	Pourcentage
1880. Kocher	14	1	7,1
1881. Wœlfle	44	9	17,6
1883. M. Baker	35	4	11,4
1885. Landau	25	7	25,8
1888. Meyer	26	2	8,3
1889. Ebrard (Tripiery) . .	6	1	16,6
1890. Steiner	26	4	15,4
1891. Whitehead	139	20	14,3
1893. Sachs	57	6	10,5
1894. Bottini	100	7	7
1896. Binder	33	7	21,2
1898. Braun	68	16	22,8
1899. Lavisé	66	3	4,5
1900. Beroff	18	6	33,3
1901. Eicke	32	3	9,4

	Nombre des cas	Morts	Pourcentage
1901. Rödiger	31	4	12,5
1901. M. Morestin . . .	19	0	
1902. M. Morestin . . .	14	2	14,5
1903. Iahr	24	1	4,2
1903. Wheeler	61	1	1,6
1903. Boyd et Unwin . .	27	5	18,5
1903. Butlin.	129	3	2,3
1903. Cobb	34	3	8,8
1903. M. Poirier	31	8	25,8
	<u>1.059</u>	<u>123</u>	<u>11,60</u>

Nous verrons par la suite qu'il est impossible ou presque de se baser sur les statistiques de ce genre pour apprécier la valeur de tel ou tel procédé ; et en effet les cas de cancers de la langue sont tous différents les uns des autres, soit comme étendue de la lésion linguale, soit comme engorgement ganglionnaire, soit enfin par suite du terrain sur lequel ils se développent. Mais en additionnant tous ces cas on peut espérer avoir véritablement des chiffres desquels nous pourrions dégager la mortalité opératoire moyenne dans le cancer de la langue.

En dehors de la grande variabilité des chiffres traduisant le pourcentage de mortalité des divers auteurs, on peut-être étonné du fait que celle-ci n'a pas diminué notablement dans les dernières années pour ce genre d'opérations alors que pour toutes les autres elle a beaucoup changé. Mais cela tient tout simplement à la tendance que l'on a d'augmenter l'étendue de l'opération aussi bien pour la tumeur linguale que pour les ganglions, et surtout à ce que les chirurgiens d'aujourd'hui entreprennent des opérations que l'on n'aurait jamais tentées il y a dix ou quinze ans.

La moyenne que nous obtenons ici est de 11,60 0/0 ; c'est évidemment une grande mortalité, mais qui ne doit cependant pas effrayer, car en matière de cancer on a pu dire que toutes les audaces sont permises, du moment que le malade est prévenu des grands risques qu'il court, et qu'il veut bien affronter l'opération.

Cette mortalité diminuera dans des proportions très grandes

lorsque le chirurgien aura à intervenir dans des cas moins mauvais que ceux qui se présentent habituellement, lorsqu'il pourra effectuer une opération satisfaisante sans faire de délabrement trop considérables.

Voyons maintenant quelles sont les principales causes de mortalité, ce qui nous permettra d'étudier en même temps les principaux moyens d'y remédier.

Des causes de la mortalité opératoire dans le cancer de la langue.

L'on a pu dire que le chirurgien qui quitte son malade après l'acte opératoire n'a encore fait que la moitié de son œuvre. Rien n'est plus vrai car il lui reste à mettre l'opéré à l'abri des redoutables complications qui le menacent, telle l'hémorragie secondaire, la mort par épuisement due à l'inanition, enfin les accidents infectieux qui se traduisent le plus souvent par de la pneumonie, de la broncho-pneumonie, parfois des abcès du poumon, voire même de la gangrène pulmonaire.

Nous rappellerons aussi les cas de mort subite par syncope cardiaque, accident que produisait l'irritation du nerf laryngé supérieur. C'est du moins l'avis de M. Delbet qui s'abstient lorsque le néoplasme a envahi la zone innervée par ce nerf, c'est-à-dire en arrière des papilles caliciformes (*Société de Chirurgie*, 23 avril 1902).

Voyons maintenant l'hémorragie et les moyens proposés pour la prévenir et la combattre.

Chassaignac insistait déjà sur ce point que la langue, eu égard à ses proportions, reçoit des artères beaucoup plus considérables que celles, qui pour un volume égal, vont se rendre à toute autre partie quelconque du système musculaire. Quoiqu'il en soit, l'hémorragie peut être primitive ou secondaire.

Quels sont les moyens d'hémostase ?.

Contre l'hémorragie primitive, on a, dès les premiers essais de chirurgie linguale, employé tous les moyens habituels d'hémos-

tase, c'est-à-dire cautérisation au fer rouge, astringents divers, réfrigérants, compression temporaire, pinces à demeure et enfin la torsion ou la ligature des vaisseaux combinée avec la suture immédiate de la plaie linguale.

C'est également dans ce but que beaucoup de chirurgiens ont préconisé l'ablation de la tumeur avec l'écraseur, le thermo ou le galvano-cautère.

Il est évident que l'hémorragie primitive est des plus variables, surtout pour ce qui est de la plus ou moins grande facilité d'arrêt, selon qu'il s'agit de l'ablation de la partie antérieure de la langue ou de la base.

Whitehead dit qu'en enlevant la langue à coups de ciseaux, selon sa méthode, l'hémorragie est facilement arrêtée, car ordinairement elle est insignifiante.

Peut-être dans le cas d'ablation d'une seule moitié de la langue, mais dans le cas d'ablation totale, la chose est-elle moins aisée.

A ce propos signalons la manœuvre préconisée par Heath et recommandée par Butlin pour arrêter les hémorragies se produisant au niveau du moignon lingual pendant ou après l'opération. Il consiste à accrocher avec le doigt introduit dans le pharynx, la base de la langue et à l'attirer au-dehors ce qui arrête immédiatement l'hémorragie et permet de saisir l'artère qui saigne et de la lier.

Ces moyens d'hémostase ont perdu de leur intérêt maintenant que l'on pratique le curage ganglionnaire cervical et que l'on peut par suite facilement effectuer une hémostase primitive excellente en liant les artères linguales ou même les carotides externes.

C'est là une manœuvre courante actuellement et que presque tous les chirurgiens emploient surtout lorsqu'il s'agit d'une tumeur étendue loin en arrière, ayant envahi le voile ou l'amygdale par exemple.

C'est à Bécлар, semble-t-il, que revient l'idée de la ligature préalable, que Mirault pratiqua pour la première fois en 1833.

Schlaepfer puis Fischer en rapportent de nombreux cas.

M. Farabeuf en 1882 lui consacra une importante notice.

Nous ne parlons pas ici des ligatures artérielles dans le but de produire l'atrophie de la tumeur linguale, nous aurons l'occasion de revenir sur ce point lorsque nous étudierons le traitement chirurgical palliatif du cancer de la langue.

La ligature d'une ou deux linguales a été étudiée par Duvoisin (Thèse Paris 1899). Les principaux avantages qu'il invoque en faveur de la ligature préventive sont la suppression des pincées à demeure, l'inutilité du thermocautère qui peut amener des hémorragies lors de la chute des escharres, la possibilité de suture exacte de la muqueuse ainsi que le préconisa M. Berger à la Société de chirurgie en 1891. Il voit dans les ligatures préventives de la linguale, le moyen de ne pas pratiquer la Trachéotomie préliminaire et le tamponnement pharyngien qui avaient pour but d'empêcher l'introduction du sang dans les voies aériennes.

Enfin la ligature préventive met à peu près complètement à l'abri des hémorragies secondaires, ne demande pas de délabrements spéciaux puisqu'elle peut être faite pendant la recherche des ganglions.

Et tout ce qui est dit pour la ligature des linguales est également vrai pour celle des carotides externes, ligature facilement exécutée, les anomalies de la carotide externe étant moins fréquentes que celles de la linguale : ligature produisant une hémostase parfaite et enfin manœuvre d'une innocuité absolue puisque Lips et Chalot ont pu en réunir 147 cas sans qu'il y ait eu une fois d'accidents qui lui soient imputables.

Ce sont aussi les conclusions des travaux récents de Küster et de Schirmer (Marbourg, 1906).

Nous rappellerons, à ce propos, surtout à titre de curiosité que Levi Lane a rapporté une observation de cancer de la base de la langue où fut pratiquée la ligature des deux carotides primitives.

Nous ne parlerons pas ici de la manière d'effectuer les ligatures de la linguale ni celle de la carotide externe qui se feront généralement sans difficultés en suivant les indications données

par M. le Professeur Farabœuf; qu'il nous suffise de rappeler encore une fois les avantages des ligatures artérielles préventives, qu'il s'agisse des linguales ou des carotides externes qui permettent des sections presque blanches dans le tissu lingual, avantage des plus appréciables pour assurer la bonne extirpation de la tumeur.

Cependant M. Sebileau (*Société de Chirurgie* 19 juillet 1905) dit qu'il ne fait plus qu'exceptionnellement la ligature préalable de la carotide externe, car toutes les fois que l'extirpation est réalisable par les voies naturelles, il est aussi simple et aussi facile, grâce à la traction forcée de la langue qui permet précisément de réaliser l'opération, de pincer aussi les vaisseaux au fur et à mesure que la section de l'organe les ouvre.

Nous n'insisterons pas sur les accidents infectieux tels qu'érysipèles, phlegmons du cou, pas plus que sur l'œdème de la glotte provoqué par l'inflammation des parties voisines de la plaie. Toutes ces complications ne se voient pour ainsi dire plus, maintenant que l'antisepsie est entrée si avant dans la pratique chirurgicale.

Nous ne ferons également que rappeler les cas où on a observé l'asphyxie soit immédiatement après l'opération, du sang ayant coulé en assez grande abondance dans les voies aériennes pour les obstruer, ou bien le moignon de langue restant se renversant avec l'épiglotte sur l'orifice supérieur du larynx. Cet accident peut d'ailleurs se produire tous les jours qui suivent si le fil que l'on a placé sur le moignon pour le fixer sur la joue par exemple, vient à céder pour une cause ou pour une autre.

Beaucoup plus important, plus intéressant et plus grave est un dernier accident infectieux à propos duquel se sont engagées bien des discussions : c'est la pneumonie de déglutition, la Schluck pneumonie des auteurs allemands.

En 1865 Syme trouve des abcès du poumon à l'autopsie de deux de ses opérés pour cancer de la langue ;

Th. Anger dans sa thèse d'Agrégation, puis Schlaepfer, Wini-

warter, Barker, Kocher et enfin Wœlfler étudient cette question de 1872 à 1881 environ.

Quelle est la cause de cette affection ?

Th. Anger en fait une véritable intoxication putride, explicable par la présence, à l'entrée des voies respiratoires, d'une plaie recouverte de détritüs organiques et de liquides en putréfaction. « Du reste, ajoute-t-il, ces pneumonies n'ont rien de spécial au cancer de la langue ; elles s'observent à la suite des affections ulcéreuses et des lésions traumatiques de tous les points situés à l'entrée des voies respiratoires et digestives (fosses nasales, parois de la bouche, pharynx, etc.). »

La plupart des auteurs anglais et allemands donnent des explications semblables : quelques-uns incriminent la section des muscles allant de l'os hyoïde à la mâchoire et à la base du crâne, dans le procédé par voie sus-hyoïdienne.

L'os hyoïde n'étant plus soutenu, l'ascension physiologique du larynx qui doit se produire à chaque mouvement de déglutition, ne peut plus s'effectuer, l'épiglotte ne se rabat plus sur le larynx pour en défendre l'entrée et les liquides buccaux peuvent ainsi gagner les bronches et les alvéoles.

Mais M. Terrier, dès cette époque, niait toute espèce de relation entre l'opération et la pneumonie ; c'est sur ce point qu'il revenait en 1886 alors qu'il demandait, devant la Société de Chirurgie, la preuve de la fréquence des pneumonies septiques après les opérations de ce genre. Il incriminait surtout la pénétration accidentelle de corps étrangers dans les voies aériennes.

Nous ne ferons que rappeler ici la variation des lésions anatomopathologiques observées :

Tantôt il y a une véritable gangrène d'une certaine étendue du poumon ; tantôt ce sont de petits abcès renfermant un pus infect ; d'autres fois c'est une induration pneumonique bien nette ; dans d'autres enfin c'est une broncho-pneumonie.

Les symptômes de la pneumonie ou de la bronche-pneumonie peuvent se montrer au bout de 24 heures, alors même que l'état du malade a pu être bon dans les premières heures. En tout cas, habituellement, c'est dans la première semaine

qu'elle apparait, précédée parfois d'une sécrétion abondante de mucosités et de salive. Selon Butlin, ces liquides dans lesquels baignent les parties malades, ne tardent pas à se décomposer et il en passerait une partie dans la trachée et les bronches.

Toujours il se dégage de la bouche une odeur horriblement fétide qu'il est impossible de faire disparaître quel que soit le pansement qu'on adopte.

Il n'y a généralement pas de frisson initial : la température s'élève, le pouls devient plus fréquent, les inspirations plus nombreuses et le malade commence à tousser. L'évolution est des plus rapides ; la respiration s'accélère et devient de plus en plus difficile, le faciès de plus en plus terreux, le pouls bat encore plus vite et faiblit progressivement jusqu'à la mort qui arrive au bout de 36 heures ou 24 heures, ou même moins à partir du début de la pneumonie.

Pendant toute l'évolution de ce processus, la bouche conserve une odeur infecte qu'il est impossible de corriger, et il semble bien que le malade soit absolument empoisonné par les sécrétions fétides de sa propre bouche. En outre, c'est bien souvent un malade très faible au moment de l'opération, ce qui, joint aux difficultés que l'on a pour l'alimenter et le soutenir pendant les premiers jours, rend l'organisme sans aucune résistance.

A propos de l'affaiblissement produit par la difficulté de l'alimentation, nous avons étudié un cas de notre Maître, M. le Professeur Walther chez qui la mort survint par inanition et broncho-pneumonie diffuse. Le malade était un pharmacien, qui après l'opération, repoussa énergiquement toute tentative d'alimentation, ne voulant qu'un peu d'alcool et demandant surtout de la morphine.

Pour assurer l'alimentation en dehors des lavements nutritifs employés avec succès dans bien des cas, en dehors également de la manœuvre qu'aurait employée Whitehead dans un cas, au dire de M. Evrard et qui consistait en une gastrotomie préventive destinée à assurer l'alimentation du malade les jours suivants, tous les chirurgiens sont d'avis qu'il faut, dans les cas difficiles recourir à la sonde œsophagienne laissée à demeure

les premiers jours, puis par la suite, passée au moment de pratiquer le gavage.

Le plus souvent il est facile de passer la sonde, mais il est évident que cette manœuvre ne doit être pratiquée que par une personne experte ; nous ne ferons que rappeler le cas de M. Morestin publié dans la thèse de Laborde, où le malade qui allait parfaitement bien, succomba par suite d'une injection de lait faite dans la trachée.

Il est inutile d'insister sur ce sujet, car plus intéressante est l'étude des moyens proposés pour combattre la pneumonie, cause si fréquente de la mort dans les opérations pour cancers de la langue.

Nous verrons par la suite l'étude des soins préliminaires et post-opératoires qui ont été proposés également dans ce but, et nous voyons que le grand moyen préconisé pour prévenir les complications pulmonaires, est la trachéotomie. Que ce soit une trachéotomie proprement dite ou au contraire une laryngotomie intercrico-thyroïdienne, peu importe pour le point de vue général qui nous occupera tout d'abord.

On a aussi proposé la position inclinée de Rose, maintenue pendant la durée de l'intervention : le sang s'écoulerait ainsi à l'extérieur par la bouche ou les fosses nasales.

De la trachéotomie employée comme opération auxiliaire dans la chirurgie du cancer de la langue.

Dès novembre 1829, Charles Bell rapportait dans la *Gazette Médicale de Londres* qu'il s'était servi de la trachéotomie au cours d'une opération pour polype naso-pharyngien. C'est d'ailleurs pour des opérations sur le pharynx que l'on voit dans les années suivantes employer la trachéotomie. Bien souvent, il est vrai, ce ne sont pas des trachéotomies préventives puisqu'elles ne sont destinées qu'à parer à l'asphyxie menaçante.

Il faut arriver à l'année 1869 pour voir Nussbaum faire véritablement une trachéotomie préliminaire lui permettant de tamponner le pharynx avec une compresse huilée, pliée.

L'année d'après, Langenbeck rapporte deux cas où il fait la trachéotomie et le tamponnement du pharynx pour éviter la pénétration de parcelles alimentaires dans la trachée. Dans un cas la canule est enlevée au bout de 24 heures ; mais dans l'autre elle reste en place 23 jours.

En 1873, Trendelenburg préconise, dans un mémoire, la trachéotomie et propose de réaliser l'occlusion de la trachée par une canule tampon d'un modèle spécial.

Vers la même époque, Pétersen, Schmidt, Kœnig, Bergmann et bien d'autres, rapportent des cas d'opérations avec emploi de trachéotomie préliminaire.

En 1879 a lieu une discussion au Congrès de la *Société de chirurgie allemande*, discussion à laquelle prennent part Langenbeck, Billroth et Fischer.

C'est seulement à cette époque qu'en Angleterre, Barker communique plusieurs cas d'opérations pour cancers de la langue, cas dans lesquels il fait la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx.

L'année d'après, c'est enfin Kocher qui décrivant son procédé opératoire par la voie sus-hyoïdienne latérale, recommande de commencer l'opération par la trachéotomie ; il conseille une canule ordinaire de préférence à celle de Trendelenburg qui produirait de la dyspnée. Il remplit le pharynx avec des éponges imbibées d'une solution phéniquée et attachées par un fil afin de pouvoir les retirer facilement.

« La canule sera laissée à demeure, ainsi que le tamponnement pharyngé que l'on changera souvent, il est vrai, et de la sorte, on pourra éviter, dit-il, les deux grands dangers de l'empoisonnement par matières septiques et de la pneumonie ».

Dès lors, la trachéotomie préventive est considérée en Allemagne comme une pratique courante ; en 1883 Michaël de Hambourg propose un modèle de canule tampon. Iversen, Mickulicz, Hahn enfin en 1888, s'occupent à nouveau de la question.

En Amérique, Marc Burney fait en 1883, devant la *Société de chirurgie de New-York* un très chaud plaidoyer en faveur de la

trachéotomie préliminaire que préconisent également Peters, Bull, et d'autres.

Quant aux auteurs Anglais, ils l'admettent également ; il suffit pour s'en convaincre de lire les ouvrages classiques de l'époque, tels ceux de Barker et de Heath.

En France, abstraction faite de la communication faite en 1880 par Verneuil, dans laquelle il relate qu'il a expérimenté l'appareil de Krishaber, il faut arriver à 1886. Dans les séances de février et de mars de la *Société de chirurgie*, se produisent les discussions sur cette question, à propos d'une communication de M. Monod.

Ce n'est d'ailleurs pas à proprement parler une trachéotomie préventive que cet auteur avait faite dans le cas qu'il rapportait. Il s'agissait d'un Épithélioma de la langue étendu au plancher de la bouche et aux parties voisines du pharynx. L'opération achevée, il fit la trachéotomie, manœuvre complémentaire, qu'il associa à la mise en place d'une sonde œsophagienne, et qui lui permit d'effectuer un tamponnement iodoformé du pharynx durant 5 jours. La canule trachéale fut enlevée le huitième jour, et, pour cet auteur, l'avantage de la trachéotomie était uniquement de permettre au malade, pendant la période dangereuse des plaies, de respirer de l'air pur, non chargé de ces produits dont l'influence sur le développement des inflammations graves des poumons n'est pas douteuse.

Il insiste également sur ce fait que c'est une manœuvre sans gravité chez l'adulte, et rappelant les cas publiés par Kocher, considère que la trachéotomie est le meilleur moyen d'éviter les complications pulmonaires, en permettant de maintenir l'asepsie de la plaie par un pansement protecteur étendu à tout le larynx, qui empêche aussi la pénétration des matières dans les voies aériennes.

La discussion s'engage aussitôt : Trélat et M. Berger repoussent la Trachéotomie préventive ; le premier la trouvant cependant intéressante lorsque l'on approche de la paroi pharyngienne ou de l'orifice supérieur du larynx. C'est également l'avis de Desprès et de Verneuil qui gardent cette façon de faire pour les

cancers étendus loin en arrière, et capables de produire l'asphyxie.

M. Terrier, qui ainsi que nous l'avons déjà vu, doute de la fréquence des pneumonies septiques dans ces cas-là et incrimine surtout la pénétration accidentelle de corps étrangers dans les voies aériennes, se prononce franchement contre la trachéotomie, rappelant la prédisposition manifeste des chevaux trachéotomisés à contracter des pneumonies et étendant ces résultats à l'homme, car la colonne d'air qui arrive ainsi aux poumons ne peut plus se débarrasser complètement, par contact avec les muqueuses nasale et laryngée, de tous les microbes en suspension. Selon lui, la température froide de l'air inspiré n'y est pour rien ; l'air froid ne pourrait donner que des complications pulmonaires et non pas la pneumonie, qui bien souvent, devrait être rattachée à l'infection purulente.

Le Fort et Polaillon sont du même avis, le premier croyant surtout à l'action du froid pour ce qui est de la pneumonie.

Un mois plus tard, M. Richelot, tablant sur des cas rapportés en 1878 et en 1882, sur les thèses de Launay, Aguiar et Castagné, et sur les écrits de Vicq d'Azyr et de Krishaber, fait un plaidoyer chaleureux en faveur de la laryngotomie inter-cricothyroïdienne. Il énumère les difficultés de la trachéotomie par présence de vaisseaux nombreux gorgés de sang, possibilité de déviation trachéale, déformation de la région par emphysème, lésions inflammatoires ou cicatricielles, brièveté du cou, hypertrophie thyroïdienne, etc.

Durant les années suivantes, il faut citer les noms de MM. Le Bec, Kirmisson, Chenieux de Limoges et Piqué qui s'occupèrent de la question.

Civel, enfin dans sa thèse de 1891, insiste sur les avantages de la trachéotomie préventive qui ferait bénéficier le malade d'une anesthésie complète, préviendrait le danger d'asphyxie par entrée du sang dans la trachée, et permettrait de maintenir l'asepsie de la plaie après l'opération. Il rappelle que Socin, à Bâle, Schede à Hambourg, Tredenlenburg à Bonn, s'en servent

couramment et lui-même la conseille fortement pour les cas de cancer de la langue étendus en arrière, vers le pharynx.

Depuis cette époque, la trachéotomie ou la laryngotomie fut employée par quelques-uns, mais resta pour beaucoup un procédé d'exception.

Butlin, dans la seconde édition de son livre sur les maladies de la langue, dit qu'il la fait rarement, en dehors des cas où la tumeur a envahi le pharynx.

Kocher, dans son traité de chirurgie opératoire, réserve également la trachéotomie pour le procédé de l'extirpation de la langue par la base, tandis que pour l'excision de la langue par le procédé transmaxillaire qu'il emploie maintenant, il la déconseille.

Ce n'est que dans ces dernières années que cette manœuvre a été à nouveau l'objet de discussions. J. Band étudie la laryngotomie préliminaire qu'il fait en deux ou trois minutes. M. Butlin l'emploie dès lors dans tous les cas. Il procède en plusieurs temps :

Section transversale de la peau ;

Ponction de la membrane avec une sonde cannelée à bout coupant ;

Introduction d'un dilateur et ensuite de la canule montée sur un manche qui en rend le maniement facile. La canule, petite est d'un modèle spécial. La canule reste en place, recouverte de la compresse chloroformique, pendant le temps nécessaire pour l'ablation du néoplasme et la suture de la langue.

Une éponge est introduite dans le pharynx pour empêcher le sang de couler dans le larynx.

G. E. Armstrong, de Montréal, publie en 1903 un article dans lequel il préconise la trachéotomie pratiquée une ou deux semaines avant l'opération, pour habituer le malade au tube. Il tamponne la bouche à la gaze iodoformée, et nourrit l'opéré par la sonde œsophagienne. Il dit avoir agi ainsi dans cinq cas avec un plein succès et avoir perdu un sixième opéré pour ne pas avoir agi de la sorte.

A la fin de 1904 et en 1905, M. le Professeur Poirier ayant

vu M. Butlin pratiquer la laryngotomie pour enlever une leucoplasie douloureuse, essaye dans plusieurs cas et il fait part de son opinion le 19 juillet 1905 à la Société de Chirurgie.

Il fait, il est vrai, une laryngotomie par ponction directe de la membrane inter-crico-thyroïdienne après section de la peau. La canule est ainsi introduite à frottement dans le larynx, ce qui évite ou tout au moins diminue l'accès du sang dans la trachée, difficile à éviter lorsqu'on introduit au préalable un dilatateur.

L'opération finie, on retire la canule et l'opéré respire par la bouche ; la plaie laryngée se cicatrise très rapidement.

M. Poirier se servait d'abord des instruments de Butlin, puis il les fit modifier.

Le bout ovoïde du mandrin sur lequel est montée la canule, étant aiguisé en trocart et la courbure de la canule étant légèrement diminuée.

Il insiste sur les avantages qu'il retire de cette manœuvre : L'opération se fait à l'aise, sans que l'on soit gêné par le sang et les mucosités que le malade rejette à chaque expiration et pendant les quintes de toux que détermine l'écoulement de sang dans le pharynx et le larynx.

L'ablation de toute la tumeur linguale est rendue plus facile ; la suture enfin peut être plus soignée.

Dans cette même séance, M. Quénu repousse la trachéotomie qu'il trouve inutile, l'extirpation de la langue bien réglée étant devenue une opération des plus simples.

M. J.-L. Faure qui s'est servi pendant cinq ou six ans de la laryngotomie préliminaire, n'en fait plus depuis trois à quatre ans, car il lui a semblé que cette manœuvre aggravait le pronostic de ces opérations déjà fort graves par elles-mêmes. Il est vrai qu'il laissait la canule pendant 48 heures.

M. Sébilleau avoue que sa conviction n'est pas encore établie sur le point de savoir si, avant de pratiquer l'ablation de la langue, il y a, ou non, intérêt à ouvrir les voies aériennes. Bien que convaincu que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne telle que la pratique M. Poirier, est de beaucoup supérieure à la trachéotomie, il croit qu'il vaut mieux s'en passer, ce qui est

généralement possible, sauf bien entendu, les cas où une pharyngectomie assez étendue nécessite le tamponnement pharyngé.

M. Reynier enfin rappelle qu'il a présenté à l'Académie une canule imaginée par le Dr Glover, canule dans laquelle le bout du mandrin est tranchant et émerge de celle-ci sous l'impulsion d'un ressort.

Personnellement nous avons vu plusieurs fois M. le Professeur Poirier employer cette manœuvre auxiliaire et nous avouons franchement qu'elle nous a semblé une excellente pratique. Le curage ganglionnaire carotidien et sous-maxillaire étant fait des deux côtés, c'est-à-dire au moment d'aborder la tumeur linguale par le procédé de Whitehead, on fait la ponction inter-crico-thyroïdienne.

La ponction, la mise en place de la canule que vient recouvrir de suite une compresse imbibée de chloroforme, tout cela s'effectue véritablement en quelques secondes. Le tamponnement du pharynx n'est pas plus long et l'on peut alors tranquillement, tout à son aise, pratiquer l'extirpation de tout ou partie de la langue, puis faire la suture.

Le pharynx est détamponné, la canule enlevée, la plaie cutanée fermée par un ou deux points de suture. L'accès direct de l'air dans le larynx a duré environ un petit quart d'heure, et vraiment on ne saurait craindre des complications pulmonaires du fait de cette laryngotomie si brève.

Nous sommes donc bien loin de la trachéotomie d'autrefois, véritable opération, pratiquée en plusieurs temps, allongeant l'acte opératoire et après laquelle la canule était parfois laissée en place 15, 20 jours et plus.

Sans affirmer avec Winiwarter par exemple, qu'avec la laryngotomie il ne saurait y avoir de complications pulmonaires, nous pensons que cette manœuvre, pratiquée comme nous venons de le voir, en rend l'éclosion moins fréquente.

Il est d'ailleurs évident que si la laryngotomie peut aider à empêcher le développement des diverses complications pulmonaires, il ne faut cependant pas négliger le traitement post-

opératoire non plus que les divers soins destinés à assurer un peu de propreté buccale avant l'opération.

Bien des chirurgiens admettent que ce sont surtout les amélorations apportées en ce sens qui pourront rendre le pronostic opératoire moins sérieux; nous allons donc considérer rapidement les mesures à adopter avant et après l'opération.

Dans les jours qui précèdent l'opération, un dentiste ayant procédé à l'extraction des dents branlantes et des vieilles racines, on doit faire des lavages buccaux fréquents; certains conseillent du permanganate de potasse en solutions faibles, d'autres de l'eau oxygénée largement étendue; peu importe. Le malade doit se brosser les dents une ou deux fois par jour avec une solution antiseptique et on obtiendra ainsi en quelques jours une bouche relativement propre.

Jacobson (1903) va même jusqu'à conseiller de passer la sonde œsophagienne pendant les jours qui précèdent l'opération pour habituer les malades qui ne se débattaient pas les jours suivants comme ils le font bien souvent.

Il sera bon également, avant d'opérer, de cautériser les ulcérations soit au thermocautère, soit avec du chlorure de zinc.

Bien plus important est le traitement post-opératoire à propos duquel il a été écrit un très grand nombre de mémoires.

La situation même de l'opéré a été discutée et certains chirurgiens, dont M. Sébilleau, qui préconisent la position inclinée de Rose pour le cours de l'opération, conseillent également de maintenir cette position jusqu'à la guérison complète, ce qui doit d'ailleurs être bien pénible à supporter et difficilement admis par le malade.

Quand on examine les divers modes de traitement il ne faut jamais perdre de vue les principaux points sur lesquels doivent porter les efforts.

Ces points sont ainsi classés par Butlin :

- I. Drainage facile de la plaie.
- II. Empêcher la décomposition.
- III. Alimenter suffisamment le malade.

C'est Kocher qui le premier essaya d'adopter aux opérations

de la langue les principes listériens dans toute leur rigueur, et dans son procédé opératoire de 1880, sans prendre de mesure spéciale pour assurer un bon drainage, il accumule sur la plaie et jusque dans le pharynx des tampons de gaze trempés dans une solution phéniquée à 5 0/0. Avant d'appliquer une solution aussi forte sur la muqueuse buccale, il passe l'éponge dans un peu d'eau. Il introduit des tampons semblables dans la cavité naso-pharyngienne (la canule trachéale étant, bien entendu, laissée à demeure).

Pour que les produits de suppuration ne s'accumulent pas dans la plaie, il change le pansement deux fois par jour, sous le spray, et c'est avant d'appliquer le pansement nouveau qu'il alimente le malade avec une sonde œsophagienne.

Whitehead conseille des lavages fréquents avec une solution faible de permanganate de potasse, défend au malade de parler et le nourrit exclusivement par des lavements nutritifs. Il étend sur la plaie linguale une couche de vernis composé d'éther iodoformé et de térébenthine.

Selon Marrant-Barker, de l'iodoforme étalé sur la surface de la plaie avec une spatule et renouvelé de temps en temps serait une bonne méthode.

Wœlfler, d'après les travaux de Billroth, consacre une longue étude au traitement post-opératoire. Dans les cas où l'on enlevait la langue exclusivement par voie buccale, on enfonçait un trocart à travers le plancher de la bouche et dans cette ouverture on plaçait un large drain. Si au contraire il y avait eu plaie sus-hyoïdienne, on passait par elle un gros tube de drainage en ce point, tube aboutissant à la partie postérieure de la cavité buccale ou au milieu du plancher de la bouche. Enfin le tube était attaché à une des lèvres de l'incision.

Toute la plaie était recouverte le jour même de permanganate de potasse en poudre ou en solution saturée ; à de rares intervalles on injectait dans la bouche une solution d'acide phénique au 100^e pour chasser plus facilement les mucosités par le tube. Naturellement on mettait la tête en bas pour faire les injections afin d'empêcher le liquide de pénétrer dans les voies aériennes.

Quelques années plus tard le même auteur décrivait un nouveau pansement employé par Billroth ; celui-ci bourrait toutes les anfractuosités de la plaie avec de la gaze iodoformée, sans toutefois exercer une pression trop grande, mais de manière à recouvrir toute la surface saignante ; un des avantages invoqués en faveur de ce pansement, consisterait en ce que les malades pourraient sans difficulté prendre des aliments liquides après l'opération.

Ce pansement iodoformé a été employé par Heath, Barker et Butlin en Angleterre et a donné entre leurs mains d'excellents résultats. Beaucoup de chirurgiens emploient encore de nos jours le tamponnement lâche à la gaze iodoformée. M. Morestin, en particulier, est resté fidèle à l'iodoforme dans les cas de ce genre.

Kocher, dans son nouveau procédé, conseille de frotter du xéroforme en couche mince sur les surfaces cruentées, cela dans le but d'éviter l'intoxication ; le drainage est fait à la partie la plus postérieure de l'incision où on laisse une ouverture dans laquelle on enfonce lâchement une lanière de gaze xéroformée. On pratique le badigeonnage de la suture avec un mucilage de bismuth. — Dès le lendemain le malade pourrait avaler du thé ou de l'eau, le lait étant administré par la sonde œsophagienne.

Dawbarn préfère saupoudrer la plaie avec de l'aristol.

Pour ce qui est du drainage, notre Maître M. Walther, a insisté à plusieurs reprises à la Société de Chirurgie sur la manière dont il l'établit dans les opérations de ce genre. Enlevant toujours le plancher de la bouche et la glande sous-maxillaire, M. Walther fait un double drainage et un double pansement. Un premier drain est placé dans les parties molles et sur lui est installé le véritable pansement de la brèche cervicale. Un autre drain plus gros part de la cavité buccale et se termine dans un second pansement superficiel qui est changé fort souvent. On peut ainsi très facilement pratiquer de grands lavages buccaux, l'écoulement se faisant au dehors par ce gros drain sans souiller le pansement appliqué sur la région sus-hyoïdienne.

Tels sont les principaux modes de pansement en dehors du plus simple de tous qu'emploient beaucoup d'opérateurs et qui

consiste en un bourrage très léger à la gaze stérile, avec drainage des parties molles ; le pansement étant fréquemment changé et de grands lavages buccaux étant faits dans l'intervalle.

Dans le procédé mixte employé par M. Poirier les deux plaies cervicales sont pansées à plat, elles sont toujours drainées, vu l'abondance parfois très grande de l'écoulement lymphatique dans les jours qui suivent. Du côté de la plaie linguale on se contente de lavages buccaux faits avec une solution faible d'eau oxygénée, par exemple.

Les soins post-opératoires sont certainement des plus importants et c'est leur pratique éclairée qui doit contribuer à améliorer le pourcentage de mortalité opératoire du cancer de la langue.

DE LA GUERISON DANS LE CANCER DE LA LANGUE

Nous venons d'étudier la mortalité opératoire dans le cancer de la langue et nous avons passé en revue ses principales causes en même temps que les divers moyens proposés pour l'atténuer.

Voyons maintenant ce qu'il faut penser des cas heureux où non seulement le succès opératoire a été obtenu, mais encore ceux où il y a eu des survies assez longues pour que l'on puisse parler de guérison.

Nous avons résumé à la fin de ce travail, sous la forme de tableaux, les cas qu'il nous a été possible de recueillir, où il y a eu survie appréciable, et ici, nous ne nous occuperons que des statistiques des auteurs où l'on peut établir la proportion des cas heureux par rapport au nombre total des opérations. Nous ferons donc ici ce que nous avons fait pour étudier la mortalité opératoire.

Cette étude est rendue difficile par ce fait que les malades ne sont suivis régulièrement que dans bien peu de Cliniques. Dans beaucoup de statistiques on porte comme guéris une grande quantité de patients bien portants de 1 à 3 ans après l'opération, alors que le chiffre classique pour ce qui est de la guérison du cancer est de 3 ans.

Dans le tableau sous-jacent, nous rapporterons avec le nombre des cas opérés par leurs auteurs, celui des guérisons maintenues après 3 ans, et par suite le pourcentage de chacun d'entre eux en ce qui concerne le nombre total des cas. Nous avons bien souvent trouvé des chiffres différents de ceux portés

sur les tables de mortalité. Beaucoup d'auteurs en effet retranchent du nombre total de leurs opérations celui des morts opératoires et sur le nouveau chiffre ainsi obtenu, tablent pour faire leur statistique ; nous n'admettrons d'ailleurs pas cette distinction.

Büdingen (clinique du Professeur Billroth) donne comme proportion de guérison 13,6 ; Wœlfler rapporte 14 0/0. — C'est le même chiffre de 14 0/0 que l'on retrouve dans König, étudiant les cas opérés à la clinique de Götting tandis qu'il n'est que de 9 0/0 avec Krause.

Parmi les auteurs qui rapportent le nombre de leurs opérations et celui de leurs survies, il faut citer :

	Nombre des cas	Morts	Pourcentage
1885. Landau	25	6	24
1888. Meyer.	26	6	23
1889. Ebrard (Tripier). .	6	2	33
1890. Steiner,	26	1	3,8
1891. Whitehead	61	8	13,1
1893. Sachs.	57	13	22,8
1894. Bottini	100	14	14
1896. Binder	33	8	24,2
1898. Braun.	68	6	8,8
1900. Beroff.	18	2	11,1
1901. Eicke.	32	6	18,7
1901. Rœdiger	31	7	22,5
1903. Jahr	24	8	33,3
1903. Wheeler	61	5	8,2
1903. Boyd et Unwin . .	27	6	22,2
1903. Butlin.	117	32	27
1905. Cobb.	34	5	14,7
1906. Poirier	31	5	16,1

Nous avons pu réunir un total de 777 cas sur lesquels 140 étaient en bonne santé 3 ans après, ce qui donne une proportion de 18 0/0, proportion bien minime, évidemment, mais qui sera grandement améliorée dans l'avenir, on doit le souhaiter.

La même proportion est trouvée en se servant des travaux de 4 auteurs dans lesquels l'histoire des malades a été assez bien rapportée, à savoir : Whitehead, Kocher, Krönlein, Butlin. Nous arrivons à réunir 333 cas sur lesquels 199 ont été bien

suivis et peuvent être employés dans le but d'établir le pourcentage de guérison. Il s'en trouve 40 qui étaient bien portants, sans récédive, ou morts d'autre cause que du cancer de la langue, plus de 3 ans après l'opération. La proportion est donc de 20 0/0.

Encore une fois, s'il s'agissait d'établir le pourcentage des guérisons maintenues au bout d'un an, ce ne serait plus 18 0/0 mais bien 50 0/0 que l'on trouverait bien certainement.

L'application d'un meilleur traitement post-opératoire, d'une part, et d'autre part l'intervention large avec ablation des territoires lymphatiques chez des cancéreux porteurs de lésions encore peu avancées, permettront d'augmenter franchement la proportion des guérisons.

INDICATIONS DE L'INTERVENTION

Doit-on opérer le cancer de la langue ?

De l'étude des diverses statistiques qui nous ont montré l'assez grande fréquence de survies appréciables, et malgré la mortalité opératoire évidemment considérable, il ressort que l'on doit opérer le cancer de la langue.

Verneuil disait à la Société de Chirurgie de 1880 : « J'affirme que nous pouvons dire que nous guérissons les épithéliomas. Nous ne détruisons pas l'état constitutionnel sous l'influence duquel les néoplasmes se produisent, mais nous donnons une survie telle qu'on peut la considérer comme une guérison ».

Nous avons vu que le cancer de la langue, épithélioma, envahissait de proche en proche les tissus voisins et les ganglions et qu'il ne se généralisait que très rarement.

Dans les observations que nous avons recueillies, nous voyons des cas de survie sans récurrence qui datent de 5, 6, 8, 10 ans et plus. Y a-t-il là une guérison radicale de l'épithélioma ? On ne peut l'affirmer, car on a vu des récurrences survenir très tardivement, dans les ganglions principalement, alors qu'on se croyait définitivement à l'abri de tout danger.

On reprochait jadis à l'opération de provoquer une récurrence à marche rapide et de faire en somme mourir le malade beaucoup plus tôt que ne l'auraient fait les progrès de la tumeur ; cette objection ne saurait être considérée comme valable car

elle repose sur une base absolument fausse ; il suffit pour s'en convaincre de comparer la durée moyenne de la vie chez les individus non opérés avec celle des malades ayant été opérés.

Th. Anger donnait 14 mois comme durée moyenne d'un cancer de la langue abandonné à lui-même et 2 ans pour les malades qui, opérés, succombaient par récurrence après une guérison temporaire plus ou moins prolongée ; d'où une différence de 10 mois en faveur de l'opération.

Pour les non opérés, Binder donne une moyenne de vie de 12 à 18 mois après le début des premières douleurs. Winiwarter fixe 13 mois, Steiner 16,5 et enfin Cobb 20,9.

Pour les malades opérés récidivant, Rædiger donne 17 mois, 3 et Cobb 32 mois. Sans faire de distinction Wœlfler admet que par l'opération on a une survie moyenne de 5 à 8 mois ; c'est aussi l'avis de Butlin et de Jahr.

A cela il faut joindre l'importante considération suivante : à savoir que les douleurs, la salivation, la faim, l'insomnie dont se plaignait le malade, ont disparu avec l'opération qui a en outre apporté un véritable réconfort moral au pauvre cancéreux. Celui-ci en effet reprend un peu d'attachement à la vie ; il a puisé une nouvelle force vitale car l'opération a enlevé les plaies ulcérées, suintantes qui, donnant un écoulement fétide, rendaient la vie si gênante pour lui et l'entourage.

Quand doit-on opérer ?

Tous les chirurgiens sont d'accord pour dire qu'il faut opérer le plus tôt possible et qu'il ne s'agit pas de perdre du temps en tentatives diverses, telles que les cautérisations plus ou moins énergiques, ou même le traitement spécifique qui généralement donne un nouvel élan à la marche de la lésion.

Dans le courant de cette année, Cobb a publié un article sur l'importance du diagnostic précoce des cancers buccaux ; il conclut au grand intérêt qu'il y a à opérer des cancers peu étendus ; il demande que dans les cas douteux l'on fasse une biopsie pour permettre un examen histologique rapide.

Personnellement nous sommes tout à fait convaincus du grand intérêt de la biopsie, mais il ne faut pas pratiquer l'ablation de quelques parcelles de muqueuse linguale ; il faut prendre un fragment assez grand, en coupant dans le muscle de manière à ce que l'histologiste qui aura le soin de rechercher la nature de l'affection, puisse le faire sûrement et complètement.

Nous avons toujours été frappés de l'insuffisance des fragments prélevés dans ces cas : il est si facile de faire une injection de cocaïne ou de stovaïne autour de la région atteinte ! Un ou deux coups de ciseaux détachent une parcelle de la tumeur, la brèche ainsi faite ne saignant généralement que peu, on peut toujours arrêter le suintement par un point de catgut. Il ne faut pas hésiter à recourir à cette pratique et c'est là une manœuvre sur laquelle nous ne saurions trop insister.

Les Anglais sont entrés dans cette voie ; bien plus, ils visent surtout une chose à l'heure actuelle, c'est le traitement du cancer de la langue avant son début, le traitement des lésions précancéreuses. On sait que la leucoplasie, le papillome, lésions si souvent observées au niveau de la langue, sont fréquemment le point de départ de tumeurs malignes. Ils ont conclu à l'ablation des langues présentant de telles lésions. C'est ce que nous étudierons plus tard dans le chapitre que nous avons réservé à l'étude des lésions précancéreuses et à leur traitement.

M. Poirier a enfin attiré l'attention, devant la Société de Chirurgie (séance du 19 juillet 1905) sur ce fait qu'il ne faut pas non plus perdre un temps précieux à essayer de la radiothérapie dans les cas d'épithélioma de la langue. C'est aussi l'avis de Cobb qui a étudié la question et M. Poirier conclut nettement que si la radiothérapie donne d'excellents résultats dans les traitements des épithéliomas cutanés, ceux de la face par exemple, il n'existe pas un seul cas de guérison d'un épithélioma de la langue. Il peut se produire de la diminution des douleurs, parfois même des modifications temporaires dans l'état de la tumeur linguale ou des masses ganglionnaires, mais une amélioration réelle, et à plus forte raison une guérison, n'ont jamais été notées.

Le traitement radiothérapique est donc absolument à rejeter du moment que l'on pense à un épithélioma de la langue, d'une part, puisqu'il ne comporte aucune chance de guérison, tandis que le traitement chirurgical précoce a fait ses preuves en procurant des survies très longues ; d'autre part, parce qu'il peut produire au niveau du cou des modifications gênantes pour l'opérateur, car elles rendent l'acte opératoire plus difficile et plus laborieux.

Plusieurs fois en effet, il nous a été donné de voir notre Maître, M. Poirier, pratiquer l'opération chez des malades qui avaient d'abord essayé du traitement radiothérapique, et chaque fois, le temps opératoire du curage ganglionnaire était vraiment pénible : les ganglions étaient toujours adhérents aux tissus voisins et il ne s'agissait pas là d'adhérences molles, facilement divisées ; bien au contraire, c'était une vraie fusion des ganglions et du tissu cellulaire, fusion dont seul le bistouri pouvait venir à bout.

Chaque coup de l'instrument se traduisait d'ailleurs par un grincement, comme si la pointe rencontrait quelque chose de solide, de métallique presque. On comprend sans peine combien les opérations de ce genre sont plus difficiles et surtout combien elles sont moins satisfaisantes pour l'avenir.

De tout temps, pour l'ablation des ganglions, qu'ils soient envahis au cours d'inflammation banale, de tuberculose ou de cancer, on a insisté sur l'intérêt qu'il y a à les enlever intacts, sans les avoir écrasés ou fendus ; les raisons en sont d'ailleurs bien faciles à comprendre. Ici la difficulté est presque insurmontable ; il faut inciser le tissu cellulaire au contact même du ganglion ; on ne peut donc être sûr que celui-ci sera enlevé intact et qu'on ne laissera pas quelques parcelles, fort peu peut-être, mais toujours assez pour craindre une continuité du processus cancéreux à ce niveau, ou une véritable inoculation de la région au contact de cette petite greffe néoplasique abandonnée.

Il faut donc conseiller au malade porteur d'une lésion linguale de mauvaise nature, quel que soit le peu d'étendue de la tumeur, de se faire opérer au plus tôt, ou tout au moins de se prêter à

une biopsie. Cette biopsie faite de manière précoce, l'examen histologique étant lui aussi pratiqué rapidement, on arrivera encore à temps peut-être avant l'engorgement ganglionnaire, et alors ce sera la guérison que l'on sera en droit d'espérer.

Encore une fois le traitement radiothérapique doit être laissé pour les épithéliomas cutanés où il a produit d'excellents résultats. Pour les cancers de la langue, on ne peut l'admettre que comme traitement palliatif, lorsque les lésions seront tellement étendues que le chirurgien consulté n'osera pas entreprendre l'opération, ou que le malade s'y refusera.

Il serait absolument navrant que par suite de l'apparition d'une méthode thérapeutique, telle que la radiothérapie, méthode excellente dans bien des cas, la chirurgie du cancer subisse un mouvement de recul.

M. J.-L. Faure a bien souvent affirmé sa foi dans la lutte contre le cancer et tous les chirurgiens sont un peu de son avis. La preuve en est que tous sans exception opèrent les cancers du sein, alors même que les ganglions sont envahis ; tous ont des guérisons durables dans ces cas et l'on ne voit pas pourquoi on ne tenterait pas l'opération dans tous les cas de cancer, qu'il s'agisse de l'utérus ou de la langue, par exemple. Cela ne veut pas dire que dans certains cas trop avancés, des chirurgiens moins hardis, moins audacieux que d'autres, n'aient pas le droit de s'abstenir ; évidemment non ; d'ailleurs faut-il opérer dans tous les cas ? c'est ce que nous allons maintenant étudier.

Doit-on opérer dans tous les cas ?

Pour les cancers peu étendus, limités à la partie antérieure de la langue, sans engorgement des ganglions, tout le monde est d'accord sur l'utilité de leur extirpation.

Mais si la tumeur s'étend vers la base de la langue, si elle a envahi le plancher de la bouche, si les ganglions sont pris, faut-il encore intervenir ?

En 1880 les avis étaient très partagés et si Verneuil ainsi que

M. Le Dentu en France, Kocher en Suisse, conseillaient d'opérer encore dans ces cas étendus, Desprès, Perrin, Trélat, Le Fort, s'abstenaient. Les conditions opératoires ont tellement changé que nous ne saurions nous attarder aux considérations développées par les chirurgiens de cette époque.

Cependant Perrin faisait une distinction intéressante lorsqu'il classait les cancers de la langue en deux espèces « ceux auxquels il ne faut pas toucher, et ceux qu'il faut enlever largement et de suite ». Les premiers sont ceux qui, petits ou gros, récents ou anciens, s'accompagnent d'infiltration ganglionnaire et d'ulcérations linguales ; ils siègent le plus souvent dans les régions reculées de la bouche, vers les piliers ; ils sont mal délimités, superficiels, muqueux ou sous-muqueux, plutôt que parenchymateux.

Quant aux autres, ils sont limités au tissu lingual, dans l'épaisseur duquel ils débutent. C'est ce qui correspond à la division fondamentale de l'épithélioma de la langue en forme papillaire et forme interstitielle.

Le premier limité à la muqueuse, s'étend surtout en surface ne rencontrant aucune barrière, il se propage facilement à la muqueuse du plancher de la bouche, des piliers du voile, comme à celle de l'autre côté de la langue ; nous nous rappelons la disposition du réseau lymphatique superficiel lingual et il nous est facile de comprendre combien aisément cette forme d'épithélioma s'accompagnera d'engorgement précoce et fréquent des ganglions lymphatiques, parfois des deux côtés.

L'épithélioma interstitiel, au contraire, se développe primitivement dans les sillons interpapillaires, puis plonge vers la profondeur et envahit rapidement les régions intermusculaires dans lesquelles il envoie très vite des prolongements.

Les muscles de la langue sont en effet fort bien disposés pour favoriser cette propagation. Leurs fibres parallèles, à trajet antéro-postérieur pour la plupart, se continuent avec celles qui forment les piliers du voile et la paroi pharyngée. Evidemment la propagation de l'épithélioma interstitiel se fait moins facilement dans le sens transversal, par suite de la présence du septum lingual qui peut faire obstacle pendant un certain temps.

Enfin les ganglions seront peut-être envahis de manière moins précoce que dans l'autre forme.

M. Voituriez (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1889) admet également la plus grande gravité évolutive de l'épithélioma interstitiel qui tend à s'infiltrer dans l'épaisseur de la langue, s'insinue entre les faisceaux musculaires, envahit vite les ganglions et enfin altère les parois vasculaires.

Malgré tout, nous ne trouvons pas dans la disposition anatomo-pathologique des différences assez accentuées pour que l'on puisse en faire découler des indications d'intervention ou de non intervention.

Aussi, dans ces dernières années, s'est-on peut-être moins occupé de la nature histologique de la tumeur comme valeur pronostique, que de l'état général plus ou moins satisfaisant du sujet à opérer.

En 1901, M. Morestin insistait déjà sur l'importance de l'état général et à ce sujet il s'occupait de la coloration de la face du malade qui venait consulter. Selon lui, tout cancéreux à visage blanc est un individu dont l'état général est très mauvais ; c'est un homme qui ne supportera pas l'opération, et il faut alors recourir au traitement palliatif sans chercher plus. Au contraire, la face rouge dénoterait une constitution robuste, un état général encore satisfaisant, peu atteint jusqu'alors, permettant au malade de supporter gaillardement le traumatisme opératoire.

M. Morestin nous disait récemment qu'il maintenait toujours la valeur de cette distinction qui le guide et ne l'a jamais trompé jusqu'ici. Il ne s'agit pas bien entendu d'autre chose que de la résistance plus ou moins grande du malade au stock opératoire.

Quelques années après, à la Société de chirurgie, M. Quénu invoquait deux grands facteurs de gravité, l'un ayant trait à l'état du système nerveux du malade ; pour lui l'état moral, la pusillanimité, le désir ou la peur d'être opéré doivent entrer en ligne de compte. L'autre facteur de gravité tient à l'état plus ou moins septique de certains épithéliomas ulcérés. Les ulcérations cancéreuses de couleur grises verdâtres, alors même qu'elles sont très peu étendues, seraient les plus mauvaises ; il cite à l'appui de

cette thèse les opérations qu'il a pratiquées dans deux cas ; l'extirpation fut facile, les ulcérations étant très limitées lès deux fois ; et malgré cela la mort survint en 5 et 7 jours, au milieu de phénomènes septicémiques.

En réalité si les grandes différences dans l'évolution des épithéliomas, leur plus ou moins grande malignité sont choses bien nettement démontrées, il n'en est pas moins vrai que le pourquoi nous est encore totalement inconnu.

M. Delbet, en avril 1902, rappelait les variations si grandes qui existent dans l'évolution des cancers de la langue. Il citait à l'appui le cas d'une dame de 50 ans qui, opérée pour une petite tumeur du bord gauche de la langue (on avait pratiqué la destruction au thermocautère) récidivait dix ans après à la partie inférieure de la cicatrice linguale, sur le plancher de la bouche. Cette seconde tumeur fut enlevée, mais la récurrence survint rapidement nécessitant une troisième opération qui n'eût d'ailleurs pas plus de succès que la seconde. Il y eut en effet repullulation immédiate et la mort survint.

Ce cas est véritablement type, car il montre la différence d'évolution d'un même cancer : cette guérison de 10 ans après une ablation simple, puis au bout de ce temps le processus évoluant avec grande rapidité, ne cédant plus à de nouvelles opérations. Evidemment la malade n'aurait jamais récidivé, selon toutes les probabilités, si on avait fait largement la première exérèse.

Ces variations évolutives doivent se retrouver encore plus marquées entre des cancers différents. Il y a là un facteur qui nous échappe, comme pour tous les cancers d'ailleurs ; des malades porteurs de lésions étendues, profondes, obtiennent par l'opération des survies appréciables, tandis que d'autres, au contraire, qui se présentent avec un petit épithélioma limité et pour lesquels on établirait un pronostic relativement favorable, sont rapidement emportés par la récurrence.

M. Routier rappelait ces faits à la Société de Chirurgie il y a trois ans.

En 1904 M. Maucclair insistait à nouveau sur la division des

cancers en formes lentes et en formes pour ainsi dire galopantes, les premiers n'étant pas plus rares à la langue, qu'à l'estomac, au rectum ou au sein, et actuellement rien n'est venu jeter un jour nouveau sur cette question.

L'histologie seule pourrait éluder la question. Voyons donc ce que l'on peut, à ce sujet, déduire de l'étude des examens histologiques.

L'infection de la tumeur se traduisant par de l'abondante infiltration leucocytaire (polynucléaires surtout) doit aggraver le pronostic opératoire, mais le fait n'est pas encore scientifiquement démontré.

Les dimensions généralement très grandes, des globes épidermiques, l'intensité des dégénérescences cellulaires que l'on observe au niveau des globes, seraient-ils facteurs d'une grande malignité? On ne peut que douter.

Plus importante peut-être serait l'abondance extraordinaire de figures de mitose normale ou anormale qui, traduisant une vitalité intense, une reproductibilité puissante, serait aussi un indice de grande gravité.

L'infiltration précoce du tissu musculaire pourrait peut-être servir, dans l'étude d'une biopsie, à démontrer la malignité de la tumeur examinée. La rapidité de pénétration des boyaux épithéliaux dans les plans profonds est en effet très variable ; certains épithéliomas restent cantonnés à la surface pendant longtemps, alors que d'autres, très peu étendus, plongent déjà dans les muscles. A ce propos nous rappellerons le cas cité par M. Poirier, cas dans lequel un cancer, survenu chez un syphilitique et mesurant 4 millimètres de hauteur sur 7 de largeur s'accompagnait déjà d'infiltration musculaire.

Nous voyons donc que si les épithéliomas de la langue ont des allures très variables, on ne trouve pas encore dans leurs caractères histologiques de différences qui puissent fournir l'explication.

Disons enfin que la pénétration dans les couches profondes n'est pas toujours en rapport avec le développement ni avec l'âge de la tumeur, remarque importante qui suffit à faire rejeter

les petites ablations, que l'on a toujours trop tendance à proportionner exactement à l'étendue de la lésion.

Ainsi donc, jusqu'à nouvel ordre, on ne peut par aucun moyen, établir si le cancer qui commence sera ou non d'une grande malignité ; pendant longtemps on s'est servi de cet argument pour tenter divers traitements médicaux et perdre un temps précieux ; actuellement on ne peut tirer de cette étude qu'une déduction qui est la suivante : ne pouvant apprécier si le cancer observé évoluera rapidement ou lentement, on doit opérer le plus souvent possible, même lorsque les lésions sont étendues. Beaucoup de chirurgiens ont de longues survies dans des cas qu'il jugeaient à peu près inopérables.

M. Morestin s'attaque à tous les cancers, quelle que soit l'étendue de la tumeur linguale ou le volume des adénopathies ; seul l'état général du cancéreux blanc lui inspire de telles inquiétudes qu'il n'opère pas volontiers les malades de ce genre.

A la séance de l'Académie (13 novembre 1906) M. le professeur Berger admettait plusieurs contre-indications formelles à l'opération, à savoir :

- 1) Extension jusqu'à la base de langue et près de l'épiglotte ;
- 2) Envahissement primitif ou secondaire des piliers du voile ou des amygdales ;
- 3) Adhérences au maxillaire inférieur ;
- 4) Envahissement des 2 moitiés de la langue au-delà de la partie horizontale ;
- 5) Engorgement ganglionnaire à forme inflammatoire et mal circonscrite.

Dans la même séance, M. Berger cite d'ailleurs un cas de guérison maintenue 10 ans après pour l'opération pratiquée pour un cancer du bord lingual gauche, cancer adhérent au plancher buccal.

Aussi nous concluerons qu'il ne faut pas se laisser rebuter par une tumeur volumineuse avec engorgement ganglionnaire ; le cancer en général est une affection trop grave pour qu'on n'essaye pas de combattre ; la lutte peut parfois être couronnée de succès. Si l'on obtient une longue survie, et même s'il y a récurrence quelques mois après, l'opération permet au malheureux

patient de reprendre espoir, de se raccrocher un peu à la vie, avantage indiscutable quand on songe à l'état d'esprit que doivent avoir les malades atteints de cancer de la langue.

APPRECIATION DES METHODES ET PROCEDES OPERATOIRES

Nous ne saurions ici discuter toutes les méthodes opératoires ; nous nous bornerons à celles qui se pratiquent actuellement. Nous devrions consacrer la première partie de cette étude à l'appréciation des instruments employés : bistouri, ciseaux, thermocautère ou anse galvanique. Mais cette discussion a perdu de son intérêt maintenant puisqu'elle ne se rattache qu'à une partie de l'opération, c'est-à-dire à l'ablation de la langue. En faveur du bistouri ou des ciseaux, ce seront les sections franches dont la surface est sous le contrôle incessant de l'œil et du doigt ; on doit toujours couper loin de la tumeur, mais celle-ci peut posséder des prolongements que ne décelait pas le palper le plus minutieux, aussi, en coupant, devra-t-on veiller attentivement à se maintenir en tissu sain et ne jamais sectionner en partie malade. Avec le bistouri ou les ciseaux, cela est facile ; tandis qu'au contraire, avec le thermocautère ou l'anse galvanique qu'emploient encore certains chirurgiens italiens, le contrôle incessant est impossible par suite de la formation immédiate d'une escharre sur la surface de section.

Nous ne ferons ici que mentionner le grand reproche que l'on faisait jadis au bistouri qui était d'être une cause fréquente d'accidents infectieux, en produisant une plaie dont la surface offre une infinité de petits vaisseaux béants. Cet argument ne saurait bien entendu, être discuté à l'heure présente.

L'anse galvanique comme le thermocautère sont encore employés par de nombreux chirurgiens dont Bottini pour le pre-

mier, Kocher pour le second. Les avantages invoqués en leur faveur consistent surtout dans la section qu'ils permettent d'effectuer; section aussi rapide qu'avec le bistouri, et qui en même temps est hémostatique; leur inconvénient principal est de produire une escharre épaisse, lente à se détacher, exposant à des hémorragies secondaires plus ou moins fortes au moment où elle tombe.

On a incriminé, pour le thermocautère, la difficulté qu'il y a à le manœuvrer par l'orifice buccal; c'est vrai, mais on ne s'en sert le plus souvent que lorsque des opérations préliminaires (telle la section du maxillaire dans le procédé récent de Kocher) ont rendu la langue facilement accessible.

Voyons maintenant les méthodes opératoires actuellement employées dans le but de traiter l'épithélioma lingual, en extirpant la tumeur et les ganglions.

Ainsi que nous l'avons vu, nous sommes en présence de quatre grands procédés :

Le premier est celui décrit par Kocher en 1880, procédé que d'autres opérateurs, dont M. Morestin, ont modifié; c'est celui que nous pouvons appeler le procédé de Kocher-Morestin.

Un second procédé, celui qu'emploie Kocher actuellement, emprunte la voie transmaxillaire.

Le troisième est celui de Vallas ou de Mac Cormick.

Enfin le dernier qui est mixte fut employé en France par M. Poirier qui combinait la voie buccale et les voies sus-hyoïdienne et carotidienne bilatérales.

Mais avant de discuter la valeur de ces méthodes, il serait bon de rappeler en quelques mots les principes sur lesquels sont basés ces différents procédés.

Le premier en date, celui de Kocher-Morestin, est établi dans le but de permettre l'ablation de tous les ganglions carotidiens et sous-maxillaires du côté malade, du plancher de la bouche et de la langue sortie par la brèche sus-hyoïdienne. Il permet en outre de pratiquer chemin faisant la ligature préventive des artères linguale ou carotide externe.

Le second procédé récent de Kocher, procédé normal de cet

auteur, repose sur l'indication de ne pas nuire au mécanisme de la déglutition, plus qu'il n'est absolument nécessaire, c'est-à-dire de conserver autant que possible les muscles du plancher de la bouche, de la langue et du pharynx, et les nerfs afférents. Cette nouvelle méthode opératoire fait abstraction de l'affection ganglionnaire et dans la dernière édition de son livre, Kocher conseille de remettre l'enlèvement de ces ganglions à une seconde opération, qui peut ou non précéder l'extirpation de la langue.

Le procédé décrit par M. Poirier est, avons-nous dit, un procédé mixte, qui combine la voie buccale pour l'ablation de la langue (Méthode de Whitehead) avec la voie sus-hyoïdienne et carotidienne bilatérale. L'ablation porte sur les deux chaînes ganglionnaires carotidiennes et sur les ganglions sous-maxillaires, également des deux côtés, puis sur la majeure partie de la langue. Le plancher de la bouche est respecté. M. Poirier opérât en une seule séance, tandis que les chirurgiens anglais, dont M. Butlin, pratiquent l'ablation des ganglions à 15 jours ou 3 semaines de distance de l'extirpation linguale.

Enfin le procédé décrit par Vallas en France et Mac Cormick en Australie est celui qui consiste à tout enlever en masse pour éviter la section de lymphatiques cancéreux susceptibles d'innoculer le champ opératoire. Pour cela on extirpe en un bloc la moitié de la langue, du plancher de la bouche, du maxillaire inférieur, avec les ganglions sous-maxillaires et carotidiens du côté correspondant à la lésion. M. Morestin a volontiers recours à ce procédé lorsque l'os lui semble altéré ou tout au moins suspect ; il n'hésite pas, nous disait-il, à enlever la moitié du maxillaire inférieur dans les cas de ce genre.

Ces procédés ne sont d'ailleurs pas également employés ; le dernier par exemple, ne l'est que par une minorité de chirurgiens. Le principe sur lequel il repose est excellent ; évidemment il est séduisant d'enlever en masse tout ce qui est malade ou même suspect ; c'est agir pour la langue un peu comme on agit pour le sein. Mais en étudiant les propagations du cancer de la langue par la voie lymphatique, nous avons mentionné deux cas où la récurrence s'était produite dans les ganglions du côté

opposé à la lésion, qui au moment de l'opération, était strictement limitée à un bord de la langue; nous avons cité également les paroles de M. Butlin disant qu'il avait trouvé des ganglions dégénérés des deux côtés, alors que l'ulcération néoplasique était encore unilatérale.

L'opération ainsi largement étendue à un seul côté, n'est donc pas encore parfaitement satisfaisante, puisqu'elle laisse tout le territoire lymphatique, d'un côté. En outre, un grief que beaucoup de chirurgiens font à des méthodes plus simples comme celle de la voie sus-hyoïdienne unilatérale ou de la voie transmaxillaire, est tiré de leur plus grande gravité opératoire. A plus forte raison dans ce procédé où l'exérèse est large, où le jeu normal de la déglutition est si compromis.

En faveur de cette méthode, G. A. Syme, de Melbourne, soutient que l'ablation du maxillaire inférieur, rendrait les mouvements de la portion de langue qui reste, beaucoup plus libres et l'articulation des sons bien meilleure que si l'on ne touchait pas au maxillaire; il est vrai que quelques lignes plus loin, le même auteur rapporte qu'un de ses opérés, ainsi privé de la moitié de l'os maxillaire ne pouvait plus rapprocher les dents et était ainsi dans l'impossibilité absolue de mâcher; aussi lui fit-il confectionner par un dentiste une pièce remplaçant le maxillaire. Le malade s'en servit quelque temps, puis s'habitua à s'en passer, ce qui fut, paraît-il, relativement facile.

M. Morestin, qui ne recule pas devant l'ablation du maxillaire, se place à un autre point de vue; c'est celui de la réparation qui serait plus facile, une autoplastie pouvant être facilement pratiquée.

Nous n'insisterons pas davantage, désireux d'en arriver au plus vite à la discussion des autres procédés employés actuellement.

La voie transmaxillaire que préconise Kocher comme base de son procédé normal d'extirpation de la langue, nous retiendra tout d'abord. Ce n'est, somme toute, que le procédé de Sédillot perfectionné. « Cette méthode, dit Kocher, ne présente pas de désavantages réels quelconques, attendu que le maxillaire est suturé et que le malade peut immédiatement mâcher de nou-

veau, sans aucune douleur ; elle présente par contre les avantages suivants : 1^o Ménagement des muscles et des nerfs présidant au mécanisme de la déglutition, fait important pour éviter le grand danger qui menace le patient, savoir les pneumonies secondaires par troubles de la déglutition ; 2^o Hémorragie minime, toujours facilement maîtrisable ; 3^o Drainage facile à installer pour permettre l'écoulement des sécrétions après l'opération ».

Mais la section osseuse qui est la caractéristique ne présentait-elle pas d'inconvénients sérieux ? Dans le temps, on avait grand peur, car l'on savait avec quelle difficulté se consolident les fractures du maxillaire inférieur, lorsque la muqueuse gingivale a été déchiré. Dans ses *Clinique et Critique chirurgicales* d'il y a 20 ans, M. Reclus disait : « Le chirurgien crée ainsi, de propos délibéré, une fracture compliquée et dans les conditions les plus mauvaises, le foyer plonge dans une cavité à désinfection difficile ; les aliments mêlés à la salive se décomposent dans ce cloaque humide et chaud. L'absorption des matières putrides peut se faire par les canaux largement ouverts de la substance osseuse. Et ce n'est pas une vue de l'esprit, beaucoup d'opérés sont emportés par des accidents infectieux ».

Evidemment les conditions ont beaucoup changé depuis cette époque et il n'est plus possible de prendre à la lettre l'opinion qu'exprimait alors M. Reclus. Avec les soins consécutifs habituels le malade échappe à la septicémie et aux complications précoces et graves ; mais malgré la suture, les branches du maxillaire chevauchent souvent, la cicatrisation osseuse est longue à s'effectuer et parfois même manque totalement.

Loison (thèse Nancy) donnait un total de 15 pseudarthroses dans 79 cas de section du maxillaire inférieur ; il faut dire que dans les 79 cas, il n'y en avait que 42 se rapportant à une section linéaire médiane, 42 cas avec deux pseudarthroses et 7 fois de la nécrose de l'os produisant par la suite de l'élimination de séquestres. Mais n'insistons pas sur ce point, car les non consolidations, comme la nécrose osseuse, semblent bien être en rapport avec l'infection, par conséquent plus facilement évitables de nos jours.

Un inconvénient plus sérieux, à notre avis, c'est que cette opération comporte un degré de gravité opératoire trop grand pour que l'on puisse, dans la même séance, pratiquer l'extirpation des ganglions. C'est d'ailleurs l'avis de Kocher qui conseille, ainsi que nous le disions plus haut, de ne pas pratiquer le même jour l'opération du curage ganglionnaire.

Enfin, un des reproches que l'on peut faire à ce procédé, c'est de laisser le plancher de la bouche. C'est la même critique que celle formulée le plus souvent contre le procédé mixte de M. Poirier, critique que nous rencontrerons par suite dans un instant.

En France, M. Berger a défendu en 1904, cette voie transmaxillaire, chaque fois que l'ablation doit être étendue ; il scie le maxillaire sur la ligne médiane, et enlève la glande sous-maxillaire, le canal de Wharton avec le prolongement glandulaire qui souvent l'accompagne et est flanqué de ganglions lymphatiques ; il admet la fréquence du shock opératoire qui peut amener la mort chez des malades épuisés. Il rappelle également à cette époque des survies notables qu'il a obtenues après de toutes petites opérations.

M. Quénu conseille également cette opération pour les cas où il est nécessaire de pratiquer l'extirpation totale, et pour donner un jour énorme.

Il ne nous reste plus que les deux grands procédés véritablement employés à l'heure présente : l'un, celui de la voie sus-hyoïdienne et carotidienne bilatérale et de la voie buccale (procédé que nous appellerons, de M. Poirier) ; l'autre, par la voie buccale et sus-hyoïdienne unilatérale (procédé de M. Morestin).

Ces deux procédés se partagent les faveurs des chirurgiens et c'est surtout entre ces deux méthodes qu'on a essayé d'établir des différences. Nous ne nous occuperons pas maintenant de la division adoptée par les auteurs anglais qui préfèrent opérer une fois les lymphatiques, l'autre fois la langue ; peu importe en effet au point de vue général qui nous occupera tout d'abord.

En faveur de la méthode Kocher-Morestin (procédé d'extir-

pation de la langue par sa base) les arguments invoqués sont les suivants :

1) Elle fournit un très bon accès.

2) Elle permet d'enlever en même temps les ganglions ainsi que le tissu situé entre le siège primitif du mal et les ganglions.

3) Elle permet la ligature préventive de l'actère linguale ou de la carotide externe.

4) Elle donne le moyen de ménager au moins les attaches antérieures des muscles du plancher de la bouche (muscles styliens, digastrique, mylohyoïdien).

Pour l'intérêt de la question, nous essayerons de discuter pour chaque point la valeur respective des deux méthodes en présence.

Et d'abord la voie sus-hyoïdienne fournirait un très bon accès ; ceci est parfaitement vrai car en attirant la langue au dehors par la brèche faite dans le plancher de la bouche, on peut agir sur elle aussi largement qu'on le désire. Mais faut-il admettre, ainsi que beaucoup de chirurgiens l'ont dit, que l'accès permis par la voie buccale est toujours insuffisant ? Assurément non, il faut en effet des cas bien spéciaux pour que l'on ne puisse manœuvrer dans la cavité buccale tout à son aise et effectuer l'ablation de l'organe aussi largement qu'on le voudrait. Un bon ouvre-bouche, bien placé, de quelque modèle qu'il soit, donne un jour très grand, généralement bien suffisant ; dans plusieurs cas qu'il nous a été donnés de voir opérer, la lésion linguale s'étendait fort loin en arrière, envahissant même les piliers du voile et chaque fois l'ablation large a pu être effectuée, la section étant faite toujours à distance de la tumeur, en tissu sain.

A ce propos M. P. Duval nous parlait récemment d'un cas où il put très facilement enlever la langue entière et même saisir l'épiglotte pour y placer des points de suture destinés à la fixer en avant.

Cette question du meilleur accès sur la tumeur linguale qui serait le propre de la voie sus-hyoïdienne n'est donc pas suffisante pour la faire adopter dans tous les cas, puisque nous

voyons que la méthode de Whitehead, c'est-à-dire la voie intra-buccale, donne le plus souvent un jour assez grand.

D'ailleurs, bien des chirurgiens anglais, de ceux qui emploient le procédé d'ablation de la langue par les voies naturelles, n'hésitent pas, lorsqu'ils sont gênés par la présence d'une tumeur linguale volumineuse ou trop étendue en arrière, à fendre la joue selon la méthode de Jaeger, ce qui leur assure un champ d'action large et suffisant. Evidemment, en dépit de la prompte guérison habituelle de la plaie jugale, cette manœuvre comporte un certain degré de gravité, car on l'a vue provoquer dans les jours suivants une gêne considérable des mouvements de déglutition ou d'expectoration si utiles au malade.

En second lieu le procédé de Kocher-Morestin permet d'enlever en même temps les ganglions ainsi que le tissu situé entre eux et le siège primitif du mal; c'est ce qui correspond bien entendu à la critique faite au procédé mixte de M. Poirier, qui aurait le tort de laisser une cloison constituée par le mylo-hyoïdien surtout, par la base hyoïdienne des muscles de la langue, accessoirement. C'est le grief le plus souvent invoqué et le plus sérieux en effet, que l'on puisse faire à cette dernière méthode qui laisse toute cette portion des vaisseaux lymphatiques qui, s'échappant de la langue, traversent le plancher buccal pour gagner les divers groupes ganglionnaires voisins.

Il faudrait montrer quelle est, au point de vue de la récurrence, l'importance des petits segments de lymphatiques restants, dépourvus par l'opération, de tout aboutissant; on a signalé la présence de ganglions intra-mylohyoïdiens qui pourraient passer facilement inaperçus et rester comme une source de récurrence. Mais comme on peut creuser d'une part par la bouche, d'autre part par la voie sus-hyoïdienne, en curant la loge sous-maxillaire, il faut admettre que de tels ganglions sont découverts et extirpés.

Maintenant, dans l'opération effectuée par la voie sus-hyoïdienne, peut-on dire qu'on soit sûr d'enlever tous les tissus qui s'interposent entre les ganglions et la lésion linguale, et par suite tous les lymphatiques? Avec Jacobson, nous ne le croyons

pas, car on ne saurait dénuder le maxillaire inférieur au point de pouvoir affirmer que l'on a enlevé tous les vaisseaux lymphatiques qui courent sous la mâchoire, accolés à l'os, pour se terminer les uns dans les ganglions sous-maxillaires, les autres, dans les sous-mentaux.

Jacobson va même plus loin, car il dit : « On enlèverait une partie de la mâchoire qu'on ne pourrait se dire certain d'avoir extirpé tous les lymphatiques ; d'abord c'est un procédé qui ne serait pas plus justifiable que celui qui consisterait, au cours d'une opération pour cancer du sein, à enlever une partie de la clavicule au moment de l'extirpation du faisceau lymphatique des ganglions axillaires aux sus-claviculaires. »

Il ne faut donc pas s'exagérer la valeur de cet argument si souvent invoqué, de l'ablation de tous les tissus compris entre la tumeur et les ganglions ; l'avantage est-il suffisant pour faire repousser d'emblée toutes les autres méthodes ou autrement dit, l'inconvénient qu'il y a à laisser le mylohyoïdien est-il vraiment très grand ?

M. Ricard admet que la récurrence se fait très fréquemment dans le plancher de la bouche ; la majorité des auteurs qui se sont occupés de la question, ne sont d'ailleurs pas de son avis, car ils placent le lieu de récurrence dans les ganglions de préférence, et en second lieu dans le moignon lingual. S'il était absolument prouvé que le plancher de la bouche est l'endroit de choix de la récurrence, il serait logique de l'enlever largement ; mais aucune statistique ne le prouve, au contraire même, cette localisation de la récurrence est loin d'être la plus fréquente ; il n'y a donc pas trop à craindre, lorsque dans la méthode de M. Poirier, on laisse le mylohyoïdien.

Le troisième avantage invoqué en faveur du procédé de Kocher-Morestin, ce serait de permettre la ligature préventive de l'artère linguale ou de l'artère carotide externe. L'avantage existe, bien certainement, mais il n'est pas attaché exclusivement à la méthode de la voie sus-hyoïdienne. Cette manœuvre opératoire est en effet très facile à effectuer en même temps que l'on procède au curage ganglionnaire du cou. Bien plus, M. Poirier,

qui pratique l'ablation des ganglions cervicaux des deux côtés, fait la ligature des deux artères carotides externes.

Inutile d'insister sur ce point qui ne saurait fournir des arguments en faveur de tel ou tel procédé.

De même, le procédé sus-hyoïdien latéral donnerait le moyen de ménager au moins les attaches antérieures des muscles du plancher de la bouche (muscles styliens, digastrique, mylo-hyoïdiens). Mais justement Kocher dit qu'il faut nuire le moins possible au mécanisme de la déglutition et c'est l'argument capital qu'il invoque pour son procédé habituel d'extirpation de langue, par voie transmaxillaire, nous venons de le voir quelques lignes plus haut. Or la section des attaches postérieures de ces muscles, constitue un facteur de gravité indiscutable et en cela le procédé de M. Poirier est excellent, puisqu'il laisse la sangle mylo-hyoïdienne intacte ; il se rapproche donc à ce point de vue du procédé transmaxillaire de Kocher qui partage les mêmes avantages vis-à-vis du jeu de la déglutition, mais aussi les inconvénients de laisser une zone musculaire située entre la tumeur et les ganglions, zone traversée par des vaisseaux lymphatiques.

Reste enfin un dernier avantage, invoqué par la majorité des chirurgiens qui ont adopté le procédé de Kocher-Morestin, bien qu'il ne soit pas indiqué dans le livre de chirurgie opératoire du premier auteur. La méthode de Kocher serait l'application de la méthode listérienne à la chirurgie de la langue, mais les difficultés ne semblent-elles pas plus grandes, pour ce qui est du maintien de la propreté de la plaie, dans le procédé qui ouvre une large communication entre la plaie cervicale et la cavité buccale que nous savons si riche en micro-organismes, que dans le procédé qui recherche surtout la conservation d'une cloison entre les deux plaies cervicale et linguale ?

Bien des chirurgiens admettaient la valeur antiseptique du procédé de Kocher, du fait que cet auteur préconisait la trachéotomie préventive suivi du tamponnement du pharynx. Mais M. Poirier introduisit cette pratique dans sa méthode. Ce n'est donc pas encore là un point sur lequel on peut tabler pour comparer la valeur des deux procédés, qui peuvent tous deux se

combinaison avec la laryngotomie temporaire et le bourrage du pharynx. Quel est l'intérêt de la laryngotomie comme manœuvre auxiliaire au cours de l'opération dans le cancer de la langue ? Nous y avons suffisamment insisté dans un chapitre précédent pour ne pas être obligé d'y revenir.

Mais que faut-il penser du reproche que beaucoup on fait et font encore à la voie sus-hyoïdienne latérale, et qui a trait à la plus grande gravité opératoire de cette méthode ? Il s'agit évidemment là d'un point difficile à fixer, car on ne peut tabler exclusivement sur les statistiques de tel ou tel opérateur. Certains chirurgiens qui n'emploient pas tel ou tel procédé de manière exclusive, réservent la voie intra-buccale pour les cas où la lésion est antérieure et la voie sus-hyoïdienne latérale pour les néoplasmes postérieurs, il serait donc profondément injuste de faire une proportion de la mortalité opératoire rapportée à chacun des deux procédés.

Peut-être pourrait-on comparer les statistiques de chirurgiens se servant toujours du même procédé ? Mais là encore, il faudrait une bien grande quantité de cas pour que les résultats aient de la valeur.

La plupart des chirurgiens allemands emploient la voie sus-hyoïdienne tandis que les auteurs anglais se servent presque exclusivement de la méthode mixte, mais les premiers exécutent l'opération complète en une seule séance, tandis que les seconds remettent l'ablation des ganglions à un autre jour, fragmentant ainsi l'opération dans le but de rendre moins grande la gravité opératoire.

Essayons cependant en étudiant les statistiques de quatre opérateurs dans lesquelles les différences de méthode sont assez bien indiquées.

Whitehead. <i>British Medical Journal</i> 1891	139 cas
Kocher (In Sachs) <i>Archives Langenbeck</i> 1893	59 —
Krönlein (In Binder) <i>Beitrage z. Klinik Chirurg.</i> 1896.	33 —
Butlin. <i>British Medical Journal</i> 1898	102 —

Ce qui fait un total de 333 cas, de gravité variée, avec 42 morts opératoires, donc un peu plus de 12,5 0/0.

Pour 311 cas, la répartition peut être facilement établie.

1) Ablation de tout ou partie de la langue, sans opérations auxiliaires :

202 cas. 14 morts

2) Ablation par la voie sus-hyoïdienne latérale ; enlèvement des glandes et de tout ou partie de la langue :

62 cas 13 morts

3) Division de la mâchoire inférieure

47 cas 12 morts

La mortalité pour les opérations simples est donc à peine de 7 0/0 ; elle s'élève à plus de 20 0/0 pour celles faites par la voie sus-hyoïdienne latérale et atteint 23 0/0 pour les opérations compliquées par la section du maxillaire inférieur.

C'est à peu près la même proportion que nous trouvons par l'étude des cas personnels que nous rapportons à la fin de ce travail, mais encore une fois, comme le dit M. Butlin, il faut toujours prendre en considération que les grandes opérations sont nécessitées par l'étendue de la tumeur ou par sa mauvaise situation.

En tout cas, le procédé mixte préconisé par M. Poirier semble moins grave et il est un moyen bien simple d'améliorer son pronostic immédiat, c'est de faire l'opération en deux temps. La majorité des chirurgiens anglais ainsi que M. Kocher ont adopté cette pratique. Parmi les premiers, Jacobson exprime très bien la chose lorsqu'il dit : « La proximité d'une opération aussi difficile et aussi dangereuse que celle de l'ablation de la langue, ne permet pas, pour l'extirpation des ganglions du cou, une dissection aussi minutieuse et aussi complète qu'il le faut » et plus loin « Dans la grande majorité des cas, les malades ne sont pas « en forme » pour supporter une longue opération ». Aussi cet auteur conseille-t-il de pratiquer l'ablation des ganglions 15 jours ou 3 semaines après l'extirpation de la langue.

D'autres chirurgiens ont préconisé le système inverse, c'est-à-dire qu'ils font d'abord l'ablation des ganglions, puis plus tard celle de la langue. M. Poirier s'est élevé contre cette manière de procéder, car il est bien plus rationnel d'enlever d'abord la langue et plus tard les ganglions, ainsi que le fait Jacobson.

Telles sont rapidement esquissées les objections principales qui ont été faites contre l'un et l'autre procédés ; nous rappellerons maintenant les critiques adressées spécialement au procédé de M. Poirier, ce qui nous permettra de passer en revue les méthodes adoptées par quelques-uns des chirurgiens actuels.

Dès la communication de 1902, faite par M. Poirier à la société de chirurgie, M. le professeur Terrier reprochait à ce procédé de produire des lésions trop sérieuses, qui, s'ajoutant aux accidents provoqués par la septicité très grande des liquides buccaux, entraînaient une gravité très grande.

Dans cette même séance, M. Walther avouait ses préférences pour la voie sus-hyoïdienne qui lui permet de réséquer le plancher de la bouche, indépendamment du curage des régions sus-hyoïdienne et carotidienne du côté atteint, et de l'amputation de la langue faite largement, l'organe étant attiré au dehors par la brèche. Insistant aussi sur l'importance du traitement dirigé contre les lymphatiques, il disait : « L'injection pénètre dans les deux côtés du cou : je ne sais s'il en est de même de l'infection épithéliomateuse ; ce qu'il y a de certain, c'est que je n'ai jamais vu d'épithélioma unilatéral de la langue récidiver par une adénopathie du côté opposé. C'est toujours du côté de la lésion que j'ai vu se faire la récurrence. Je voudrais demander dans quel état on a trouvé les ganglions du côté opposé dans les ablations bilatérales des ganglions pour épithélioma limité à un bord de la langue ».

Dans sa thèse de 1902 M. Laborde se servait pour répondre à la demande de M. Walther, des recherches histologiques de MM. Soupault et Labbé, présentées en 1899 à la *Société Médicale des hôpitaux*. « Ce n'est que dans la moitié des cas environ, que nous avons trouvé à l'autopsie ou au cours d'opération, les ganglions correspondant à un territoire cancéreux ramolli, envahis par le néoplasme. Dans les autres cas, l'hypertrophie tient à l'infection secondaire par les microbes banals puisés au niveau de la tumeur ulcérée ».

D'autre part nous avons vu en étudiant les lymphatiques pathologiques qu'il y a des cas de dégénérescence ganglionnaire

bilatérale accompagnant une tumeur nettement unilatérale, et nous citerons ici les observations de deux malades chez lesquels, pour des tumeurs bien limitées, l'ablation unilatérale des ganglions fut pratiquée, et chez qui la récurrence survint dans les ganglions du côté opposé, six mois après la première intervention. Ces faits constituent à eux seuls un argument des plus puissants en faveur du curage ganglionnaire bilatéral.

Deux ans après, toujours à la *Société de chirurgie*, la discussion reprit avec plus d'intensité, à propos de la présentation par M. Poirier, de deux de ses opérés.

M. Ricard discute le procédé de M. Poirier, qu'il trouve surtout anatomique, mais en même temps trop et pas assez.

Trop, car si l'anatomie montre une large communication lymphatique entre les deux moitiés de la langue, la clinique enseigne que la récurrence ganglionnaire débutant du côté opposé à la lésion est tout à fait exceptionnelle.

Pas assez, car on enlève des chaînes ganglionnaires sans les troncs lymphatiques compris dans les tissus intermédiaires, et d'autre part, il faudrait toujours extirper toute la langue, puisqu'une seule piqûre suffit pour injecter tous les lymphatiques même ceux du côté opposé.

Cet auteur s'élève contre les deux voies, cervicale et buccale et sur la conservation du plancher de la bouche, lieu de récurrence par excellence, selon lui. Il conseille d'enlever en un bloc tout ce qui va de la langue aux ganglions carotidiens, glande sous-maxillaire comprise. Il emprunte donc la voie sus-hyoïdienne après large désinsertion du plancher buccal.

La mortalité opératoire qui résulterait de la large ouverture bucco-cervicale, est atténuée aujourd'hui par la suture aussi complète que possible des parties cruentées, et les divers soins post-opératoires.

M. Quénu admet la nécessité d'extirper les chaînes lymphatiques carotidiennes et sous-maxillaires des deux côtés, avec ligature des deux carotides externes; il conseille, si le plancher buccal n'est pas envahi, de garder les glandes sous-maxillaires, car leur extirpation provoque de la sécheresse buccale et est nui-

sible en supprimant ainsi l'action bactéricide de la salive sous-maxillaire. Nous avons vu que dans les cas d'ablation totale, il employait volontiers la voie transmaxillaire. Il ferme la plaie le mieux possible en utilisant la muqueuse de la partie latérale du plancher buccal et celle de la face inférieure des parties latérales de la langue.

M. Berger reproche au procédé de M. Poirier, d'augmenter la durée et la gravité de cette opération : la dissection et l'ablation des ganglions des deux côtés prolongeant beaucoup l'anesthésie et augmentant ainsi le shock opératoire. Ainsi que les autres auteurs il fait le reproche de laisser des lymphatiques dans le plancher de la bouche, partie qui a servi la première comme voie de propagation. Personnellement il emploie la voie transmaxillaire et enlève surtout la glande sous-maxillaire avec le prolongement glandulaire qui accompagne le canal de Wharton et est bien souvent accompagné de lymphatiques. — Il rappelle des cas de survie très longue, observés après de petites opérations.

M. Sébileau recommande la voie intra-buccale pour tout ce qui est antérieur, et la voie sus-hyoïdienne latérale dès que la tumeur est un peu postérieure ; il rejette la section temporaire du maxillaire.

M. Hartmann enfin, après avoir rappelé des cas de survie assez longue, obtenue après ablation par la voie buccale sans recherche ganglionnaire, dit qu'en cas d'engorgement des ganglions, il dissèque toute la région carotidienne d'un seul côté. Il ouvre la cavité buccale en fendant la muqueuse, tout près du maxillaire, au thermocautère. La langue est tirée au dehors par cette ouverture et alors l'ablation est faite en un bloc qui comprend ainsi la langue, le plancher de la bouche, la glande sous maxillaire, les ganglions et toutes les parties molles interposées, bien entendu.

Nous en aurons fini avec ces discussions soulevées à la Société de chirurgie, lorsque nous aurons rappelé ce que disait M. Segond le 2 mars 1904, à savoir « qu'il était impossible de pouvoir toujours assurer que l'ablation de tous les ganglions a

été pratiquée et que d'autre part, l'ablation totale des ganglions ne pouvant transformer le pronostic des interventions pour cancer, il fallait se méfier de véritables aberrations chirurgicales ».

C'est ce que disait également M. Pozzi qui rappelait les tentatives de Wertheimer et Jonnesco sur le curage lymphatique dans les opérations pour néoplasmes utérins. Il disait également que l'ablation totale des ganglions n'améliore pas la survie dans les cas de cancer.

M. Poirier s'inscrit de suite en faux contre une telle assertion et affirma sa foi dans la poursuite de tous les territoires lymphatiques de l'organe infecté.

Pour nous résumer, les trois grandes critiques qui ont été adressées au procédé préconisé par M. Poirier, sont les suivantes :

1^o La conservation du plancher de la bouche : à cela nous répondrons que la persistance de la sangle mylo-hyoïdienne, si importante pour les mouvements de déglutition, n'est pas un aussi gros danger qu'on l'a dit pour ce qui est de la récurrence.

2^o Les grands délabrements produits par cette opération. En réalité le temps consacré au curage ganglionnaire se passe fort tranquillement et ne peut augmenter le shock opératoire. Néanmoins, si on a peur de la trop longue durée de l'opération, il est facile de l'effectuer en deux temps.

3^o L'inutilité de la recherche et de l'ablation des ganglions du côté opposé à la lésion. Encore une fois les examens histologiques des glandes enlevées, comme l'histoire clinique de certaines récurrences, plaident largement en faveur de l'exérèse bilatérale des chaînes ganglionnaires tributaires de la langue.

DU CHOIX DU PROCEDE OPERATOIRE

Dans le chapitre précédent, nous avons étudié et apprécié les diverses méthodes proposées pour l'opération du cancer de la langue, mais cela sans nous déclarer en faveur de l'une plutôt que de l'autre. Bien qu'il soit impossible de poser en règle la supériorité d'un procédé opératoire sur les autres, essayons maintenant de rechercher lequel de ces procédés doit être employé de préférence, en présence d'un cas particulier.

Il nous faudra donc passer en revue les types les plus fréquents de localisation de cette maladie, afin de déterminer pour chacun d'eux la conduite qui paraît la plus rationnelle. Il ne viendrait en effet à l'idée de personne de prôner le même procédé pour un cancer exclusivement localisé à la pointe, que pour une tumeur franchement postérieure ayant parfois envahi le voile du palais, l'amygdale ou la paroi pharyngée.

D'où la nécessité d'une classification des cancers de la langue d'après leur siège et leur plus ou moins grande étendue ; nous adopterons celle proposée par M. le Professeur Le Dentu dans une de ses cliniques chirurgicales de Necker, clinique publiée dans le *Bulletin Médical* en 1897.

1^{er} cas. — Le cancer occupe la pointe ou les bords du tiers antérieur, il est situé au-devant du point où la muqueuse linguale se réfléchit sur le plancher de la bouche ; celui-ci est intact ainsi que le corps de la langue. C'est là que la voie buccale est bonne ; après le curage ganglionnaire, on excise toute la partie antérieure de la langue et l'on pratique la suture immédiate.

2^e cas. — La tumeur siège sur le tiers moyen d'un bord, il y a liberté absolue du cul-de-sac gingivo-lingual. Comme la langue est encore bien mobile, on peut employer la méthode de Whitehead, abstraction faite bien entendu du temps opératoire consacré à l'ablation des ganglions.

3^e cas. — Le cancer occupe le tiers postérieur de la langue ; dans les cas de ce genre, si l'on craint que la lésion ne soit plus étendue que l'examen clinique ne le faisait supposer, il vaut mieux aborder la tumeur par la voie sus-hyoïdienne latérale qui permet d'agir très largement ; si au contraire, on peut affirmer le caractère bien limité de l'ulcération, on peut recourir à la voie buccale qui sera rendue plus large en sectionnant la joue, selon le procédé de Jaeger.

4^e et 5^e cas. — La moitié de la langue dans le sens antéro-postérieur ou la langue entière sont envahies. L'opération devient alors très grave et dans ces cas de lésions fort étendues, malgré l'intérêt qu'il y aurait à conserver la sangle mylo-hyoïdienne pour ne pas altérer le jeu de la déglutition, il vaut mieux agir par la voie sus-hyoïdienne latérale ou par la voie transmaxillaire qui trouve là sa meilleure indication.

6^e cas. — Le plancher de la bouche est envahi par un épithélioma ayant débuté sur les bords de la langue ; il faut suivre la voie sus-hyoïdienne latérale et il y aura indication formelle de réséquer toute portion osseuse avec laquelle le tissu malade aurait contracté adhérence.

7^e cas. — La lésion, partie de la base de la langue, a envahi les piliers du voile, l'amygdale, la paroi pharyngée, c'est alors à une pharyngotomie proprement dite que l'on doit recourir, bien qu'à la rigueur la voie sus-hyoïdienne latérale soit souvent suffisante.

D'un caractère plus général est la question qui se pose de savoir ce qu'il faut réséquer de langue pour être, autant que possible, à l'abri d'une récurrence *in situ*.

Les auteurs sont en désaccord à ce sujet ; Butlin et Spencer admettent comme règle générale que la section doit porter en tissu sain à 2 centimètres ($\frac{3}{4}$ luebe) de la partie malade. Si on

ne peut rester à cette distance de la tumeur, il pourra y avoir survie mais les chances de succès seront d'autant moins grandes que l'incision aura été faite plus près de l'ulcération.

L'idée qui vient naturellement à l'esprit est la suivante : N'aurait-on pas de meilleurs résultats dans les cas de cancer en enlevant toujours toute la langue, quelle que soit l'étendue de la lésion ? Il n'en est rien, disent les mêmes auteurs ; car pour un cancer siégeant sur un bord de la langue, il n'y a pas de crainte de récurrence de l'autre côté, alors que l'on ne saurait en dire autant pour la région du plancher buccal ou le pilier du voile du côté correspondant à la lésion.

Tel n'est d'ailleurs pas l'avis de Jacobson qui n'admet l'ablation de la moitié de la langue que dans bien peu de cas, lorsqu'il s'agit de lésions précancéreuses, par exemple ; et encore, s'il y a une ulcération étendue à tendance rapidement envahissante, il faut recourir à l'extirpation de la totalité de la langue, ce qui, selon lui, doit être la règle dans tous les cas d'épithélioma confirmé.

Hutchinson disait en 1891 : « Il est prouvé par l'expérience, qu'on peut ne pas enlever toute la langue lorsqu'il s'agit d'un cancer limité, bien que cela cadre mal avec la disposition vasculaire et lymphatique qui ferait supposer que l'infiltration voisine doit être précoce. L'excision doit être large, mais l'amputation totale de l'organe ne doit être effectuée que dans les cas avancés ; elle se fera de plus en plus rare, au fur et à mesure que les diagnostics seront plus précoces.

Wheeler, de Dublin, se base, pour résoudre la question sur le développement et l'anatomie qui montrent d'une part la formation double de la partie antérieure de la langue, et d'autre part l'indépendance des muscles extrinsèques et intrinsèques de chaque côté, ne dépassant pas le raphé médian ; il admet que si la tumeur occupe un des bords de la langue et ne dépasse pas en arrière le niveau du foramen cœcum, on peut se contenter d'enlever toute la partie malade en s'en tenant à distance sans recourir à l'ablation totale.

Jahr conseille simplement de se tenir en tissu sain à un centimètre au moins de la tumeur.

Les chirurgiens français sont également partagés ; quelques-uns extirpent volontiers toute la langue, la plupart cependant conseillent une ablation large, toujours en tissu sain.

Parallèlement à cette question de l'extirpation plus ou moins large de la tumeur et du tissu lingual voisin, on rencontre dans la majorité des ouvrages français et surtout étrangers, la question de l'extirpation ganglionnaire ; les uns se demandant si une opération de routine doit être faite pour les glandes, senties ou non, comme pour le cancer du sein ; les autres admettant la nécessité de l'ablation des ganglions, mais doutant de l'utilité du curage bilatéral.

Nous avons suffisamment traité cette question dans le cours de cette étude et nous ne saurions y revenir, persuadés que la chirurgie du cancer de la langue ne peut être féconde en résultats que si on lui applique les principes admis par tous pour le cancer du sein.

Parmi les manœuvres auxiliaires employées au cours de l'opération pour cancer de la langue, les ligatures des linguales ou mieux des carotides externes des deux côtés, pratiquées pendant le temps consacré au curage ganglionnaire des régions carotidiennes, semblent parmi les meilleures ; en outre on ne saurait repousser la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne par ponction directe, qui dès que la lésion siège un peu en arrière, permet d'établir le tamponnement pharyngé, obstacle pour la pénétration du sang dans les voies aériennes, et assure en outre une grande liberté d'action dans la cavité buccale.

Restent enfin certaines questions accessoires qui ne nous ont pas paru mériter une étude spéciale, telle la position du malade pour l'opération, telle la question de l'anesthésie.

Sur la position du malade, il y a presque autant d'avis que de chirurgiens ; Whitehead dit qu'il n'a jamais trouvé aucune table d'opération, si compliquée soit-elle, remplissant les conditions qu'il recherche. Il se sert d'un rocking-chair, haut de dos, dont les avantages selon lui sont les suivants : le chirurgien peut

approcher aussi près que possible de la tête du patient; un aide maintenant constamment la tête, peut sur une simple observation la renverser en arrière pour bien éclairer la cavité buccale, ou la pencher en avant pour laisser s'écouler le sang. En outre, rien ne serait plus commode, pour permettre de changer les positions et passer de l'horizontale à la verticale ou à toute autre situation intermédiaire selon le besoin. Le malade est chloroforme, une fois bien attaché dans le fauteuil; sitôt qu'il est endormi, on applique un ou deux baillons et on opère. M. Morestin, dans sa communication au Congrès de chirurgie (1901) et Wald Eicke, de Breslau, conseillent également la position demi-assise.

Butlin couche le malade sur une table d'opération ordinaire, la tête bien renversée, et avec un oreiller sous le cou, de façon que le fond de la bouche soit éclairé le mieux possible. Plus récemment le même auteur a conseillé de placer le malade en décubitus latéral, la tête légèrement en bas pour permettre au sang de s'échapper plus facilement hors de la cavité buccale. Le chirurgien se met devant le patient, position fort commode lorsqu'il faut agir sur une lésion étendue en arrière avec propagation au voile ou à l'amygdale.

En France, la majorité des chirurgiens emploient la position horizontale avec un coussin glissé sous les épaules de façon à produire une légère extension de la tête et à bien exposer les régions carotidiennes au niveau desquelles on va pratiquer la recherche des ganglions.

Dans ces dernières années, Kocher a conseillé la position inclinée de Rose pendant l'opération et a insisté sur l'intérêt qu'il y avait à la maintenir pendant la convalescence. C'est également l'avis de M. Sébilleau.

Quant à l'anesthésie, la majorité des opérateurs emploient le chloroforme donné sur une compresse stérilisée; un point intéressant à signaler, c'est la facilité avec laquelle le malade s'arrête de respirer au moment de l'introduction de la canule laryngée. Le fait noté par plusieurs auteurs, dont M. Depage, de Bruxelles, n'est pas autrement important, quelques temps de respira-

tion artificielle remettant vite en jeu les mouvements respiratoires.

M. Quénu a employé une fois le nouvel appareil à chloroforme imaginé par notre Maître M. Delbet ; la chloroformisation fut des plus régulières et l'appareil ne gêna l'opérateur qu'au moment de l'incision du pilier antérieur du voile ; il ne nous a malheureusement pas été donné de voir employer cet appareil pour une opération de ce genre. On peut en attendre beaucoup de bien, car en dehors de la facilité et de la régularité de la narcose, ce serait également un excellent moyen pour éviter l'introduction du sang dans les voies aériennes, l'appareil coiffant en effet l'extrémité supérieure du larynx.

DE L'OPERATION DANS LES RECIDIVES ET DU TRAITEMENT CHIRURGICAL PALLIATIF

L'opération a été faite avec toutes les précautions possibles, la guérison opératoire a été obtenue plus ou moins rapidement, le malade et le chirurgien ont bon espoir et voilà qu'après un temps variable il se produit une récurrence d'ans l'un ou l'autre des trois foyers : lingual, buccal ou ganglionnaire. Que doit-on faire en pareille occurrence ? Tout dépend de l'endroit où s'est produit la récurrence et de sa plus ou moins grande extension.

L'affection a-t-elle récidivé dans le moignon lingual ou le plancher de la bouche, ce qui se produit généralement avant 6 mois, rarement après 10 mois ? Si la santé générale du malade ne laisse pas trop à désirer, d'une part, et si d'autre part la partie malade n'est pas hors d'atteinte, il est tout aussi indiqué d'intervenir contre la récurrence, qu'il l'était contre l'affection primitive. Cela est évident par exemple pour le cas où, après une extirpation partielle de la langue, il se produit une récurrence dans le moignon restant qu'il faut alors enlever en toute hâte.

Les opérations en cas de récurrence ne donnent pas autant de succès que les autres parce que l'affection s'étend souvent très loin en arrière dans la bouche, parce que le plancher est presque toujours envahi, et que la lésion est encore plus difficile à délimiter qu'au début.

Nous rappellerons à ce propos qu'il est parfois très utile d'enlever une partie seulement du néoplasme récidivant alors même qu'il ne saurait y avoir aucun espoir de modifier ou même de

retarder l'issue fatale. Beaucoup de malades sont en effet soulagés par l'ablation de la langue et, ainsi que nous l'avons déjà dit, la mort lente qu'amène la cachexie par envahissement ganglionnaire est bien moins pénible que la mort par le cancer de la langue.

La règle de conduite est plus difficile à fixer lorsqu'il y a récidive dans les ganglions qui sont, comme on le sait, le lieu de récidive par excellence. S'il n'y a pas de repullulation dans la bouche, si les ganglions sont nettement mobiles et ne se sont pas pris simultanément, si l'état général du malade est assez satisfaisant, il faut procéder à leur ablation ainsi qu'à celle de tous les ganglions du voisinage ; nous avons consigné dans nos tableaux des cas de longue survie obtenue par des opérations secondaires dirigées contre des récidives ganglionnaires.

Si au contraire les ganglions se sont développés brusquement, envahissant tout le cou en quelques jours, s'ils sont immobiles, même en admettant qu'on puisse facilement les enlever en masse, il y a peu d'espoir d'obtenir un résultat satisfaisant et il vaut mieux s'abstenir.

Hutchinson qui admet que l'engorgement ganglionnaire se produit dans les trois quarts des cas récidivants est de cet avis, de même que M. Lentaïne (*Journal médical de Dublin* 1897).

Lorsque toute intervention chirurgicale est impossible ou bien que le malade se refuse à toute opération, peut-on tirer bénéfice d'un traitement palliatif chirurgical ?

Contre les hémorragies, nous avons les ligatures artérielles préconisées également comme devant amener la diminution de la partie malade ; ligatures atrophiantes qui n'ont pas toujours répondu aux espérances qu'on avait bâties sur elles. Les ayant déjà étudiées en temps que manœuvres auxiliaires dans les opérations pour cancer de la langue, nous n'y reviendrons pas ; disons seulement que l'on peut voir, dans le cours de la maladie, une hémorragie franchement artérielle se produire et menacer la vie du malade. Il faut pratiquer immédiatement la ligature de la carotide externe du côté correspondant. Pour effectuer bien et correctement cette manœuvre, on doit se tenir aux prin-

cipes donnés par M. le Professeur Farabeuf. Si l'on préfère agir sur la linguale, les principales anomalies de cette artère, décrites par Zuckerkandl seront présentes à la mémoire.

Contre la douleur parfois si atroce et contre la salivation, l'intervention chirurgicale directe sur le nerf lingual peut donner des résultats appréciables. Cette intervention se présente sous trois formes : la section, la résection ou l'élongation.

Hilton, le premier, pratiqua la section du nerf lingual dans un cas de cancer ; les douleurs et la salivation furent supprimées pendant deux mois, puis revinrent aussi pénibles qu'auparavant, les deux bouts du nerf s'étant suturés et celui-ci ayant repris ses fonctions.

Moore, Roser et Vauzette ont publié des cas de section du nerf lingual, mais c'est surtout par la résection d'un segment du tube nerveux ou par l'élongation (déjà faite pour des cas de névralgie linguale) que l'on obtiendra des résultats.

Bland Sutton enfin, se déclare partisan de l'action simultanée sur le nerf lingual et les artères linguales et faciales, le premier étant sectionné et les secondes liées : on obtiendrait ainsi un soulagement notable dans les cas de cancer inopérable.

DES CONDITIONS PRECANCEREUSES

Fréquemment au cours de cette étude, il nous a été donné d'insister sur l'intérêt qu'il y aurait à traiter les lésions précancéreuses et sur l'importance qu'attachaient les chirurgiens anglais à cette question. Jacobson, Butlin et d'autres ont consacré certains de leurs articles à l'étude des diverses affections de la langue, susceptibles de dégénérer en cancer, la leucoplasie étant parmi elles la plus importante.

Jacobson cite comme principales conditions précancéreuses : la langue dépapillée, les ulcérations banales ou spécifiques, avec fissures et gerçures, la leucoplasie, les langues verruqueuses avec le papillome, et enfin la glossite rebelle, accompagnée d'engorgement ganglionnaire, variété rare, mais importante. Dans cette glossite, en effet, la langue est large, volumineuse, fissurée en tous sens, présentant des sillons sur presque toute son étendue. On est fort embarrassé, dit le même auteur, à la première visite du patient, car l'on augure bien mal de l'évolution de la lésion.

Nous n'insisterons que sur la principale de ces affections linguales, c'est-à-dire la leucoplasie et nous ne ferons que rappeler les principaux signes de chacune des conditions précancéreuses, ayant surtout en vue leur dégénérescence et leur évolution vers le cancer de la langue.

La glossite superficielle chronique est ce qui correspond à la « langue dépapillée » de Jacobson : en effet tout ou partie de la surface dorsale de la langue ne présente plus trace de papilles.

La muqueuse est plus rouge que normalement, mais de manière non uniforme ; elle est inégale et présente fréquemment des surfaces mamelonnées. Souvent l'on note la présence d'exco-riations superficielles ou même d'ulcérations sur la partie malade. La surface est luisante et présente çà et là de petites plaques minces et blanches ou bleutées. Le malade éprouve une sensation de rigidité de la langue et souffre pour la mouvoir. L'affectation est plus douloureuse que la leucoplasie proprement dite. Enfin chaque écart de régime amène infailliblement une nouvelle poussée inflammatoire.

Au point de vue anatomo-pathologique on voit que cette lésion présente les mêmes caractères essentiels que la leucoplasie ou la langue verruqueuse. Ce sont les manifestations produites par l'inflammation de la muqueuse linguale : partout même amincissement de l'épithélium avec une couche cornée, épais-sissement du chorion qui plus vascularisé que normalement, est infiltré de nombreux leucocytes.

Cette glossite superficielle chronique est rebelle au traitement, et il ne faut pas perdre de vue que bien souvent en un point de la langue, une grosseur ou une ulcération s'indure ; ce n'est plus alors le traitement médical qui doit être employé, mais le traitement chirurgical car l'évolution vers le cancer commence et on ne saurait agir trop tôt.

Au sujet des ulcérations, nous serons également fort brefs, ne pouvant songer à en reprendre l'étude.

Le diagnostic d'une ulcération simple est parfois très difficile, car il peut y avoir une ressemblance frappante avec un épithé-lioma. En outre, on voit souvent des ulcérations banales, d'origine dentaire par exemple, surtout les ulcères chroniques et indolents, en train de se transformer en cancer, ou près de se transformer ou encore venant de se transformer. « Un œil exercé, dit Butlin, ne peut affirmer la nature exacte de la lésion ». Comme règle pra-tique, il faut alors supprimer la cause d'irritation (qui peut être une dent cariée, ébréchée, une plaque de dentier, etc.), on pratique de grands lavages buccaux et on soumet le malade à un régime assez sévère, sans épices ; le tabac est formellement interdit,

mais surtout l'on ne doit, sous aucun prétexte, se servir de caustiques. L'amélioration doit se produire de suite et on voit s'il y a lieu de continuer le traitement, qui en trois semaines environ, doit conduire à la guérison. Si au contraire, malgré ces manœuvres, l'ulcère ne diminue pas, ne change pas ou progresse, si surtout le voisinage et la base s'indurent lentement, il ne faut pas perdre de temps, l'ablation est nécessaire et doit être pratiquée. — On pourrait recourir à une biopsie bien et largement faite : c'est souvent inutile et il vaudra mieux aller au plus pressé et supprimer le coin de langue qui supporte l'ulcération. Un ou deux points de suture fermeront la brèche, le malade n'aura subi aucun arrêt dans ses affaires et ne souffrira d'aucun trouble fonctionnel, le médecin n'aura rien à se reprocher.

Le cancer peut aussi se développer sur des langues atteintes par la syphilis tertiaire, langues sillonnées en tous sens, défigurées par les ulcérations présentes et anciennes, et sur lesquelles les signes d'une nouvelle tumeur peuvent être rendus plus difficiles à constater par suite des traces laissées par la maladie ancienne. Il y a des cas douteux, dont le diagnostic est forcément incertain.

Quelle conduite tenir ? Selon Butlin, en présence d'une vieille langue syphilitique, présentant des excroissances verruqueuses, il ne faut pas hésiter, et enlever, car on a affaire à un véritable état précancéreux. En tout cas, pour une excision faite à distance des tissus malades, dans une langue syphilitique, la guérison survient toujours, sans aucune complication. Il ne faut pas se fier par trop à l'effet de l'iodure et du mercure qui constituent une dangereuse pratique et produisent souvent une accélération de l'évolution du mal.

Fréquemment on voit un cancer se développer sur ces langues dont les lésions peuvent être classées comme précancéreuses ; aussi, en présence d'un cas suspect, doit-on recourir à une biopsie suivie d'un examen rapidement exécuté, et opérer de suite s'il y a des traces de cancer. Si le microscope ne décèle pas de dégénérescence, on peut attendre en instituant un traitement de propreté buccale, mais au cas où trois semaines ou un

mois se sont écoulés dès le début de la lésion, sans que celle-ci présente une modification quelconque, il faut opérer sans même recourir à une nouvelle biopsie.

Combien de vies pourrait-on sauver si on suivait régulièrement une telle pratique ? Hutchinson dès 1872 attirait l'attention sur la fréquence des transformations de vieilles lésions syphilitiques en cancer et sur l'intérêt considérable que présente le traitement précancéreux.

Nous retrouverons ces rapports de la syphilis et du cancer lorsque nous étudierons, de manière plus détaillée, la leucoplasie linguale.

Mais auparavant nous dirons quelques mots des papillomes, les plus fréquentes parmi les tumeurs bénignes de la langue. Se montrant surtout à la face dorsale, dans la région papillaire, ils sont constitués par des papilles linguales hypertrophiées. S'observant à tous les âges, les papillomes sont surtout intéressants lorsqu'ils se développent chez un homme d'un certain âge, car alors on peut le confondre avec un épithélioma au début, ou ce qui est beaucoup plus grave, on peut prendre un épithélioma pour un papillome. Le diagnostic en est donc fort important, mais aussi bien embarrassant dans nombre de cas. L'âge peut entrer en ligne de compte, le cancer ne s'observant guère avant la trentaine, mais c'est surtout l'état des tissus sur lesquels la tumeur est implantée, qui doit être pris en considération. Si la tumeur est bénigne, ces tissus ont un aspect parfaitement normal et sont souples ; si au contraire il s'agit d'un épithélioma, ils seront indurés, sur une plus ou moins grande étendue suivant l'ancienneté de la lésion.

Le point est important pour le traitement, car si l'on a le moindre doute sur la bénignité de la tumeur, il ne s'agira plus d'une excision très minime, d'une section pratiquée sur le pédicule de la petite tumeur, il faudra augmenter l'étendue de l'exérèse, enlever toute la zone d'implantation, en ayant soin de se maintenir en tissu sain. Cette ablation large doit surtout être employée dans les cas de papillomes d'aspect suspect, observés chez des malades de plus de 40 ans, à langues atteintes de

leucoplasie ou de glossite chronique, car c'est là un des stades précurseurs habituels du cancer de la langue.

Il nous reste maintenant à étudier la lésion de beaucoup la plus intéressante et aussi la plus importante parmi les lésions précancéreuses ; nous avons nommé la leucoplasie linguale.

De la leucoplasie linguale et de sa dégénérescence cancéreuse.

La première observation de dégénérescence épithéliomateuse d'une plaque leucoplasique semble appartenir à Négligan qui la rapporte dans le journal de Dublin en août 1862 ; il s'agissait d'un homme, grand fumeur de pipe, qui eut une atteinte de leucoplasie étendue, à l'âge de 46 ans et fut emporté 3 ans après par un cancer de la langue.

Quelques années plus tard, en 1868, à la Société clinique de Londres se produit une discussion à laquelle prennent part Hulke, Paget, Andrew Clark et Anderson.

En France, la thèse de M. le Professeur Debove parue en 1873 ; et consacrée au psoriasis lingual fait avancer l'étude de la question ; elle contient diverses observations de Verneuil, Bazin, Hardy, Dolbeau, Panas, etc.

Un an plus tard, dans l'*Union médicale*, Mauriac et Vidal s'occupent à nouveau de cette question, tandis qu'en 1875 et 1876 Trélat, ainsi du reste que Verneuil et Panas, rapportent des cas de transformation de leucoplasie en cancer.

À la même époque, paraît un important travail de Robert Weir, dans le *New-York Medical Journal*, tandis que Léon Simon consacre à ce sujet sa thèse inaugurale de 1878.

Dès lors, les travaux se succèdent sans interruption, contenant pour la plupart un chapitre consacré à l'évolution de la leucoplasie vers la tumeur maligne.

Nédopil, assistant de Billroth, avait en 1876 publié un article où il relatait 15 cas de cancers de la langue greffés sur le psoriasis lingual.

Morris, en 1882, étudie 27 cas de leucoplasies, dont 14 évoluèrent en cancers, ce qui donne une proportion de plus de 50 0/0.

Schwimmer et Kaposi, à l'étranger, Merklen en France, étudient aussi ces lésions, mais dans ces différents travaux, la même affection est appelée de noms bien différents ; on étudie les leucomes avec Hutchinson, le psoriasis buccal avec Debove et Simon, la maladie de Bazin avec Merklen, les leucoplaques avec Schwimmer ou encore l'ichtyosis avec Hulke, ce dernier considérant surtout la forme papillomateuse de la lésion. En France, le terme de leucoplasie linguale est adopté par presque tous ; c'est celui que nous emploierons de préférence.

Depuis 20 ans, les auteurs se sont surtout occupés de la question anatomo-pathologique et, ne pouvant citer ici tous les travaux parus sur ce sujet, nous nous contenterons de mentionner les noms de Leloir, de MM. Barthélemy et Perrin, de MM. les Professeurs Le Dentu, Reclus, Fournier, qui, à diverses reprises, se sont occupés de cette affection.

Il n'est pas dans notre pensée de faire ici une description clinique de la leucoplasie linguale, le seul point qui nous intéresse étant, nous l'avons déjà dit, l'évolution de la plaque leucoplasi-que en épithélioma.

Au point de vue anatomo-pathologique, on doit admettre que toute leucoplasie peut évoluer soit vers le néoplasme bénin, le papillome, lequel dans certains cas peut dégénérer, soit vers le néoplasme malin, l'épithélioma ; et dans ce dernier cas, la dégénérescence cancéreuse peut se faire, soit au niveau d'une fissuration (Leloir), soit par transformation *in situ* des éléments leucoplasiques (MM. Le Dentu, Cestan, Perrin).

Pour Leloir on aurait :

- 1) Leucoplasie avec hyperkératose.
- 2) Desquamation avec ulcérations et fissures.
- 3) Lésions irritatives avec dékératinisation.
- 4) Epithélioma des régions dékératinisées.

Quelle est, dans la seconde hypothèse la filiation des lésions ? Après un stade d'inflammation chronique banale, l'épithélium

se transforme en épiderme, d'où un épithélium pathologique qui peut être le point de départ d'un épithélioma. La dégénérescence cancéreuse apparaît alors comme un vrai stade évolutif de la leucoplasie, c'est l'opinion de MM. Besnier, Fournier, Hallé, Le Dentu et Cestan, mais il est bien entendu que toute leucoplasie ne se transforme pas fatalement en cancer.

M. le Professeur Gaucher disait également au Congrès de Médecine de 1900 : « L'examen histologique montre que la plaque leucoplasique n'est qu'un papillome corné qui se transforme en épithélioma par une évolution anatomique naturelle ; tout papillome corné est un épithélioma en germe ».

De même M. Dubreuilh, de Bordeaux admet que la leucokératose n'est qu'un cas particulier de tout un groupe d'hyperkératose, dont l'aboutissant naturel est le cancer, terminaison qui n'est pas forcée, mais est fréquente et logique.

Histologiquement, M. Le Dentu admet l'apparition de globes épidermiques au sein même des cellules cornées. Paul Petit, appliquant les idées de Fabre-Domergue, croit à un bourgeonnement de la couche génératrice, qui présenterait des troubles de désorientation cytodierétique.

Quelle est en réalité la fréquence de la transformation maligne des leucoplasies ?

Dans sa thèse de 1873 :

M. Debove	signalait	8 cas	sur	24	.	.	33 0/0
Robert Weir	»	31	»	68	:	.	46 »
Schwimmer	»	4	»	20	.	.	20 »
Morriess	»	14	»	27	:	.	51 »
Leloir	»	8	»	35	.	.	23 »
Perrin	»	36	»	124	.	.	29 »
Barthélemy et Jacquet	»	8	»	83	.	.	10 »
Fournier	»	97	»	324	.	.	30 »

Sans donner de proportion, Butlin dit dans son livre que la fréquence de dégénérescence des plaques leucoplasiques est certainement beaucoup plus grande qu'on ne le suppose.

Ainsi les statistiques des auteurs nous permettent d'apprécier la fréquence de l'évolution épithéliomateuse des leucoplasies

d'une part, et d'autre part le rôle considérable de l'infection syphilitique dans la genèse de cette affection.

Pendant longtemps l'arthritisme fut invoqué comme principale cause de leucoplasie ; Vidal, Barthélemy, Perruchet en ont rapporté des cas intéressants.

Kaposi fut pendant longtemps le seul défenseur de l'origine syphilitique, origine qui ne fut réellement admise que depuis les travaux de MM. les Professeurs Fournier et Gaucher, et les études de M. Perrin.

Ce dernier auteur disait au Congrès de Médecine de 1900 : « La syphilis à elle seule peut produire la leucoplasie linguale ». MM. Barthélemy et Jaquet furent de la même opinion ; quant à M. le Professeur Fournier, il cita des chiffres tellement saisissants que nous ne saurions ne pas les reproduire.

La leucoplasie qui est une affection presque exclusivement masculine (319 hommes sur 324 cas) dérive surtout de la syphilis et du tabac. Sur les 324 cas observés, 239 fois la syphilis existait, ce qui donne une proportion de 80 0/0. Sur ces mêmes 324 cas, l'épithélioma fut noté 97 fois (30 0/0), ce qui prouve bien que quantité de syphilitiques meurent de cancer lingual par l'intermédiaire de la leucoplasie.

Le 27 novembre 1906, à l'Académie de Médecine, M. le Professeur Fournier, affirmait à nouveau ses conclusions premières à savoir que le cancer lingual est le cancer des syphilitiques, grands fumeurs, étiologie vraie, clinique, formelle, incontestable.

M. le Professeur Gaucher, dans un travail publié avec M. Sergent dans les *Archives de Médecine expérimentale* : « Toute plaque de leucoplasie est en quelque sorte une preuve certaine de l'existence de la vérole dans les antécédents du sujet qui la porte. En d'autres termes, la cause première de la leucoplasie est pour nous la syphilis et cette conception repose sur un ensemble important de faits cliniques. Nous ne disons pas que la leucoplasie est une lésion de nature syphilitique, mais seulement, suivant la nomenclature du Professeur Fournier, une affection d'origine syphilitique, que les liens de parenté qui l'unissent à la vérole

sont de même degré que ceux du tabes et de la paralysie générale ; qu'en un mot elle constitue une maladie para-syphilitique ».

« Les rapports de la leucoplasie avec la syphilis sont plus ou moins évidents.

En effet : 1° il y a des leucoplasies morphologiquement typiques qui évoluent en même temps que des accidents syphilitiques, qui succèdent *in situ* à des poussées successives de plaques muqueuses, qui sont améliorables et même curables, en partie tout au moins, par le traitement mercuriel administré dès le début ».

« 2° Il y a des leucoplasies qui apparaissent à la période tertiaire de la vérole, chez des sujets qui ont eu des accidents syphilitiques manifestes plus ou moins anciens dans la bouche, mais qui n'en présentent plus. Ce groupe, avec le suivant, représente la leucoplasie vraie, dite non syphilitique par les auteurs, le psoriasis buccal arthritique, que nous dénommons leucoplasie parasyphilitique ».

« 3° Il y a des leucoplasies qui surviennent chez des sujets jusque-là indemnes ou plutôt se croyant indemnes de syphilis, et qui n'en ont pas moins des leucoplasies parasyphilitiques. Ici la syphilis se cache, elle est ignorée du sujet, soit parce qu'elle a passé inaperçue, soit parce qu'elle est d'origine conceptionnelle, soit parce qu'elle est héréditaire ».

Pour M. le Professeur Gaucher, il n'y a donc pas de leucoplasie sans syphilis.

Quoiqu'il en soit, comment doit-on traiter la leucoplasie linguale ? La discussion est engagée pour ce qui a trait à la période pré-épithéliomateuse ; les uns admettent qu'on peut obtenir une grande amélioration, voire même la guérison par des traitements médicaux ; d'autres, au contraire, conseillent avec Perrin, de pratiquer précocement l'extirpation de la plaque au thermocautère. En tout cas, si la dégénérescence semble commencer, si la tache repose sur une base indurée, s'il se produit une ulcération tendant à s'accroître en surface, il faut recourir à l'excision faite de manière aussi précoce, aussi large, aussi complète que possible.

Dans le cas où il y a des ganglions, sentis par le palper, on doit les rechercher et pratiquer leur ablation.

Telle est, rapidement esquissée, l'étude forcément incomplète des principales conditions précancéreuses. Nous avons vu chemin faisant le traitement de ces lésions, mais nous croyons devoir rappeler encore les principes généraux qu'il faut suivre chaque fois qu'il y aura menace de dégénérescence épithélio-mateuse.

Qu'il s'agisse d'une ulcération banale, indolore, siégeant sur une langue leucoplasique ou même sur une langue relativement saine, qu'il s'agisse d'un papillome ou de glossite superficielle chronique, les indications sont formelles, l'extirpation est de rigueur, si après 15 jours de traitement aucune amélioration ne s'est produite, et surtout s'il y a tendance à l'infiltration au niveau de la base et des tissus voisins.

Faut-il de parti pris pratiquer alors l'ablation de la plus grande partie de l'organe avec curage préventif des gîtes ganglionnaires. Avec M. le Professeur Reclus, nous ne le croyons pas : « Ce serait excessif, dit cet auteur, et je me suis toujours contenté de dépasser de trois à quatre millimètres les limites de la tumeur ; je n'ai jamais eu de récidive sur place dans les cas qu'il m'a été donné d'observer ».

M. le Professeur Reclus consacra une de ses cliniques de la Charité aux épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques, dont il cite huit observations personnelles. Dans cette clinique reproduite dans la *Presse Médicale* (n° 97, 1905), M. Reclus assigne cinq caractères spéciaux à l'épithélioma en surface : 1° La tumeur se développe sur une muqueuse atteinte de leucoplasie ; 2° elle est petite, lenticulaire ou elliptique, ayant rarement plus de 1 centimètre dans ses principaux diamètres ; la plaque leucoplasique sur laquelle elle se développe se soulève de 4 à 5 millimètres et forme une petite masse dure, évoluant lentement, au niveau de laquelle la chute des cellules épithéliales qui la recouvrent, se fait très tardivement ; 3° la tendance à la récidive est caractéristique, mais selon un mode particulier très rarement sur place, presque toujours sur une

autre plaque leucoplasique ; 4° l'épithélioma en surface est relativement bénin ; 5° l'adénite concomitante est rarement observée.

Il ne faudrait cependant pas conclure que : « Tous les cancroïdes nés sur une muqueuse atteinte de leucokératose sont peu graves ; il n'en est rien, car ils peuvent au contraire, être d'une extrême malignité et provoquer la mort dans des délais très courts » et M. Reclus ajoute : « Tous les épithéliomas leucoplasiques ne sont pas bénins, mais tous les épithéliomas bénins sont leucoplasiques. Pourquoi cette bénignité ? Sans doute parce que la leucokératose provoque des altérations telles que la muqueuse prend l'aspect et la structure de la peau ; l'épithélium devient semblable à l'épiderme et l'on voit se constituer un corps muqueux de Malpighi ; on retrouve par suite les différences de gravité bien connues qui existent entre les épithéliomas des muqueuses et les cancroïdes de la peau ».

Rien dans cette clinique de M. Reclus ne contredit ce que nous avançons après avoir étudié les diverses conditions précancéreuses, dont la leucoplasie ; bien au contraire, nous trouvons une confirmation de nos dires, puisque nous voyons le traitement chirurgical fortement conseillé dans tous les cas d'épithélioma leucoplasique de la langue.

L'espoir de la chirurgie en ce qui concerne le cancer de la langue pour l'avenir réside plus dans la prévention que dans la guérison (Butlin). A mesure que les lésions précancéreuses seront plus universellement connues des médecins ; à mesure que l'on appréciera mieux les méthodes de traitement et la nécessité d'intervenir chirurgicalement, sitôt que le traitement médical sera inefficace, nous pourrions espérer voir une diminution dans le nombre des cas avancés de cancer de la langue, et dans le chiffre des décès occasionnés par cette terrible maladie.

Cas de longue survie sans récidive.

1 Buchanam, 30 ans. *Edin. Med. Journ.* 1894-5, XL, 769.

2 Heath, 23 ans. *Lancet*, 1899, p. 1355 (malade opéré en septembre 1875, mort de vieillesse en 1899).

- 3 Reclus, 23 ans. *Société de chirurgie de Paris*, 23 avril 1902 (malgré un ganglion enlevé du côté opposé à la lésion, 1 an après l'opération).
- 4 Hutchinson, 19 ans. *Arch. of. Surg.*, 1898, p. 289.
- 5 Wheeler, 15 ans. *Dublin, Journ. Med. Sc.*, 1897, p. 281 et 343.
- 6 Heath, 15 ans. *Lancet*, 1899, p. 1355 (malade opéré en septembre 1869 ; mort en 1884, à l'âge de 78 ans, sans aucune récurrence).
- 7 Reclus, 15 ans. *Société de chirurgie de Paris*, 23 avril 1902.
- 9 Whitehead, 14 ans (2 cas). *Lancet*, 1888, p. 169 ; 1891, p. 1032.
- 10 L. Labbé, 13 ans. *Société de chirurgie de Paris*, 9 mars 1904.
- 11 Butlin, 13 ans. Butlin et Spencer, *Maladies de la langue*, 2^e édition, 1904, p. 397.
- 12 Stonham, 13 ans, *Clin. Soc. Trans.*, 1886, XIX, p. 312.
- 13 Broca, 12 ans. *Soc. chirurgie*, 8 avril 1903.
- 14 Spencer, 12 ans. Butlin et Spencer. *Maladies de la Langue*, p. 117.
- 15 Krönlein (in Binder), 12 ans. *Beitrag zur Klin. Chir.*, 1896. XVII, p. 253.
- 16 Reclus, 12 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 23 avril 1902.
- 19 Jahr, 12 ans (3 cas). Thèse Iéna, 1903.
- 20 Heath, 11 ans. *Dublin. Journ. Med. Sc.*, 1897, p. 283.
- 21 Rœdiger, 11 ans. Thèse Heidelberg, 1901.
- 22 Reclus, 11 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 23 avril 1902.
- 23 Braun, 11 ans. Thèse de Berlin, 1898.
- 24 Berger, 10 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 16 mars 1904.
- 25 S. Boyd-Unwin, 10 ans 1/2. *The Practitioner*. London, 1903.
- 26 Ricard, 10 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 16 mars 1904.
- 28 Jahr, 9 ans 1/2 (2 cas). Thèse Iéna, 1903.
- 29 Routier, 9 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 23 avril 1902.
- 30 Braun, 9 ans. Thèse Berlin, 1898 (mort par Cancer de l'œsophage).
- 31 Lister, 9 ans. Cité par Hutchinson. *British Med. Journal*, 5 déc. 1891. Ablation de la langue et extirpation de ganglions un an après la première opération.
- 32 Kocher, 8 ans. Cité par W. Sachs. *Archiv. fur Klinik. Chir.*, 1893.
- 33 Ricard, 8 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 16 mars 1904.
- 35 Kocher, 7 ans. Cité par W. Sachs. (*Archiv. f. Klin. Chir.* 1893).
- 36 Quénu, 7 ans (2 cas). *Soc. de chirurgie de Paris*, 16 mars 1904 (Tout le plancher de la bouche était envahi). Mort de cause inconnue.
- 37 Jahr, 6 ans. Thèse Jéna, 1903.
- 38 Wheeler, 6 ans. *Dublin. Journ. Med. Sc.* 1897. Mort à 73 ans de vieillesse.
- 39 Whitehead, 6 ans. *Brit. Med. Journal*, 2 mai 1891.
- 41 W. Eicke, 6 ans (2 cas). Thèse de Breslau, 1901.
- 42 S. Boyd et Unwin, 6 ans. *The Practitioner*. London, 1903. Mort par urémie.

- 43 Kocher, 6 ans. *Deutifr. Zeitschrift f. Chirurgie*, 1880, I-XIII p. 150.
- 44 W. Eicke, 5 ans 1/2. Thèse Breslau, 1901.
- 48 Whitehead, 5 ans (4) *Brit. Med. Journal*, 2 mai 1891.
- 49 Heath, 5 ans. Dublin, *Med. Journal Sc.* 1897, p. 283.
- 50 Quénu, 5 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 16 mars 1904.
- 51 Berger, 5 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 16 mars 1904.
- 52 Hartmann, 5 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 23 mars 1904.
- 53 Rœdiger, 5 ans, Thèse Heidelberg, 1901.
- 54 Braun, 5 ans. Th. Berlin, 1898.
- 55 S. Boyd et Unwin, 5 ans. *The Practitioner London*, 1903.
- 56 Dudon, 5 ans. *Bull. de la Soc. de Med. et Chirurgie de Bordeaux*, 1881.
- 57 et 58 Tripier, 5 ans 1/2 (2). Ebrard, Thèse Lyon, 1889.
- 59 Poirier, 5 ans, *Académie de Médecine*, 30 octobre 1906.
- 60 Poirier, 5 ans. *Académie de Médecine*, 30 octobre 1906.

Cas de récidence tardive.

- Guinard après 18 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 8 avril 1903, 3^e récidence.
- Péan après 15 ans. *Leçons de clin. chirurg.*, 1892, p. 637.
- Terrier après 14 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 23 avril 1902. Récidence dans le plancher de la bouche.
- Kocher après 12 ans. In Sachs. *Archiv. f. Klin. Chirurg.*, 1893, p. 774.
- Kocher après 10 ans. In Sachs. *Archiv. f. Klin. Chirurg.*, 1893, p. 774.
- Delbet après 10 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 23 avril 1902. Récidence dans le plancher de la bouche.
- Crerar après 6 ans. *Brit. Med. Journ.*, 1885, p. 755.
- L. L'abbé après 6 ans. *Soc. de chirurgie de Paris*, 9 mars 1904.

Opérations pour cancer de la langue.
Observations inédites.

Noms	Description de la lésion	Nature de la tumeur	Opération	Suites opératoires	Récidive	Guérison
1 Alexandre G. 65 ans, 6 mai 1901. (Th. Laborde).	Tumeur des plus étendues, occupant toute la moitié gauche de la langue, ayant envahi le plancher de la bouche dans toute la zone correspondante, arrivant au contact du maxillaire inférieur.	Epithélioma lobulé infiltrant assez profondément les fibres musculaires. Gangl. omohyoïd. dég.	Curage ganglionnaire bilatéral des régions carotidiennes, et sous-maxillaire. Ablation large de la langue, et du plancher buccal. Le maxillaire inférieur est rugine (6 mai 1901).	Guérison rapide ; mais fistule sous-hyoïdienne.	Nécrose du maxillaire dans sa partie dénudée ; la fistule se ferme 3 mois après l'opération.	Revu à dates régulières. Va bien encore actuellement ; 6 ans après l'opération.
2 Zell. 20 juillet 1901. (inédit).	Tumeur limitée au bord gauche de la langue ; le plancher buccal est intact. Ganglions carotidiens du côté correspondant.	Epithélioma (M. Lœper).	Extirpation ganglionnaire unilatérale. Ablation de toute la moitié gauche de la langue.	Guérison opératoire sans incident.	Non revu.	
3 Auguste C. 54 ans, 8 nov. 1901. (inédit).	Tumeur nettement limitée au bord de la langue.	Epithélioma.	Curage gangl. bilatér. Ablation de la moitié de la langue par voie buccale.	Guérison opératoire.	Revu 6 mois apr. ; aucune trace de récurrence. Bon état général.	Revu pour la dernière fois en mai 1903. Excellent état local et gén.
4 Guillaume V. 60 ans, opéré 30 mars 1902. (inédit).	Tumeur ulcérée occupant le bord droit de la langue ; engorgem. ganglionnaire sous-maxillaire.	id.	Curage gangl. bilatér. Ablation de la langue par la voie buccale.	Guérison rapide ; sort 40 jours après.		
5 Antoine P. 63 ans, opéré 5 déc. 1902. (inédit).	Tumeur occupant le bord gauche de la langue.	id.	Curage ganglionnaire bilatéral. Ablation par voie buccale.	Guérison opératoire ; sort 43 j. après.	Récidive au niveau du côté gauche de la langue, sur le pilier et le maxillaire infér. 2 ^e opér. 14 juil. 1903. Mort opératoire.	

Noms	Description de la lésion	Nature de la tumeur	Opération	Suites opératoires	Récidive	Guérison
6 X. 10 déc. 1902. (inédit).	Tumeur occupant la pointe et le bord droit de la langue; elle dépasse légèrement la ligne médiane mais n'a pas envahi le plancher buccal ni le pilier du voile. Ulcération saignante. Adénopathie sous-max. bilat.	Epithélioma pavimenteux (M. Detot).	Curage ganglionnaire carotidien et sous-maxillaire bilatéral. Ablation de toute la zone malade de la langue par voie buccale.	Guérison opératoire.		
7 Voidet juin 1902 (inédit).	Epithélioma ulcéré du bord gauche de la langue; tumeur de la grosseur d'une noisette, bien limitée.	Epithélioma pavimenteux lobulé (M. Darnier).	Curage ganglionnaire carotidien et sous-maxil. unilatéral. Méthode de Whitehead pour l'ablation de la langue.	Guérison opératoire.	Récidive rapide dans les ganglions carotidiens et dans tout le cou. Mort 4 an après.	
8 X. 74 ans, opéré en février 1903 (id)	Epithélioma ulcéré du sillon latéral droit gingivo-lingual.	Epithélioma	Curage ganglionnaire unilatéral. Voie buccale pour l'ablation de la langue.	Guérison opératoire.	Recherché sans succès.	
9 Antoine H. 56 ans (id.)	Tumeur ulcérée siégeant sur le bord droit de la langue.	Id.	Curage ganglionnaire bilatéral des régions carotid. et sous-maxil. Ligature des 2 carotides externes. Méthode de Whitehead pour l'ablation de la 4/2 droite de la langue.	Guérison opératoire.	Guérison maintenue 4 an après l'opération.	Libre de récidence 4 an après.
10 Isidore S. 41 ans, opéré. 15 mai 1903 (id.)	Ulcération bien limitée au bord droit de la langue; la tumeur est restée à bonne distance de la ligne médiane.	Id.	Curage ganglionnaire unilatéral. Extirpation de la langue par la voie buccale.	Guérison opératoire.	Récidive 4 mois après dans les ganglions du côté opposé. 2 ^e opér. 14 nov. 1903. Non revu.	

Noms	Description de la lésion	Nature de la tumeur	Opération	Suites opératoires	Récidive	Guerison
11 Defry opéré le 1 ^{er} juin 1903 (id.)	Tumeur nettement limitée à un des côtés de la langue.	Epithélioma	Opération selon la méthode mixte de M. Poirier : curage bilatéral des régions carotidiennes et sous- maxillaires.	Guerison sans in- cidant.		En excellente santé actuel- lement, doué 4 ans.
12 Marius M. 60 ans opéré 22 oct. 1903 (id.)	Ulcération partant du som- met du V lingual, suivant la ligne médiane et se re- courbant vers la gauche pour atteindre le bord gau- che de l'organe, à l'union du 4/3 antérieur avec le 1/3 moyen.	Epithélioma	Opération habituelle de M. Poirier.	Guerison rapide ; malade sort 4½ jours après l'in- tervention.		
13 Gustave L. 45 ans, op. 17 mars 1904 (id.)	Tumeur occupant le bord droit de la langue ; ulcé- ration de petites dimen- sions. Adénopathie sous-maxillaire et carotidienne.	Epithélioma à globes cor- nés, envahis- sant et disso- ciant les fi- bres muscu- lares.	Opération en 2 temps. 17 mars : Ablation de tous les ganglions carotidiens et sous- maxillaires. 25 mars : Ablation de la langue par la voie buccale.	Guerison opéra- toire ; malade n'a subi aucun shock. Sort 10 jours après la 2 ^e opération.		Revu 6 mois après ; au- cune trace de récidive.
14 Jean B. 37 ans op. 23 mars 1904 (id.)	Tumeur énorme ayant en- vahi toute une moitié du plancher de la bouche. Adénopathie bilatérale.	Epithélioma	Opération par la voie sus-hyoïdienne laté- rale.	Mort 6 jours après, par bronchio- pneum. droite.		
15 Ulysse Sch. 46 ans op. 9 sept. 1903 et 16 avril 1904 (id.)	Tumeur très bien limitée au bord droit de la langue. Plancher buccal n'est pas envahi.	Epithélioma typique.	1 ^{re} opération selon la méthode mixte de M. Poirier. Mais extirpation gan- glionnaire unilaté- rale.	Guerison opéra- toire.	Récidive 7 mois après dans les ganglions caro- tidiens du côté opposé.	

Noms	Description de la lésion	Nature de la tumeur	Opération	Suites opératoires	Récidive	Guérison
16. Señor Ahm. 16 mai 1904 (id.)	Tumeur siégeant sur la partie médiane de la langue ; avant.	Epithélioma à globes cornés.	Ablation bilatérale des ganglions. Voie buccale.	Guérison opératoire sans incidents.		
17. X. Mai 1904. (id.)	Tumeur occupant le bord gauche de la langue ; le plancher buccal est intact.	Epithélioma.	Méthode habituelle de M. Poirier.	Guérison opératoire.		
18. Joseph Br. 73 ans op. le 20 mai 04 (id.)	Lés. extrêmement étendues, ayant envahi, outre le bord lingual, le plancher de la bouche sur toute la portion attenante à la tumeur.	Epithélioma à globes cornés.	Méthode habituelle.	Mort 14 jours après avec des phénomènes de broncho-pneumonie.		
19. Roggers. op. 21 juin 1904 (id.)	Malade déjà opéré en Angleterre en juillet 1903. On avait pratiqué la méthode de Whitehead.	Epithélioma pavimenteux à globes cornés.	Opération en juin 1904 pour récurrence ganglionnaire carotidienne.	Guérison opératoire.		
20. Paul L. 67 ans op. 21 oct. 1904 (id.)	Tumeur énormément étendue, envahissant tout le plancher de la langue sur une grande étendue.	Epithélioma avec prolifération intense.	Opération par la voie sus-hyoïdienne latérale, après recherche et ablation des lymphatiques dans les régions carotidiennes et sous-maxillaires.	Dix jours après, légère hémorragie pour laquelle on conseille une injection sous-cut. d'adrenalin. Mort avec phénomènes épileptiformes, survient aussitôt.		
21. Moïse Gr. (id.)	Lésion très étendue sur le bord droit de la langue avec envasement de la base de l'organe.	Epithélioma très actif.	Opération en avril 1904 ; voie sus-hyoïdienne latérale avec section du maxillaire.	Récidive presque immédiate, au niveau de la partie la plus reculée de la cause buccale sur l'amygdale.	2 ^e opération faite le 18 déc. 1904. Evidemment large. Mort 8 jours après d'asthénie.	

Noms	Description de la lésion	Nature de la tumeur	Opération	Suites opératoires	Récidive	Guérison
22 Léon M. 38 ans op. 4 fév. 1905 (id.)	Papillome lingual siégeant sur le 1/3 antérieur de la langue, un peu à gauche de la ligne médiane. La base est légèrement indurée ; il semble que la dégénérescence commence.	Papillome ; en un point, suspicion de dégénérescence épithéliale.	Opération facile : excision au coin de toute la partie ant. et gauche de la langue. Laryngotomie temporaire.	Guérison très rapide.		Revu 48 mois après, excellent état ; aucune trace de récid.
23 Auth. op. 10 fév. 1905 (id.)	Epithélioma très étendu, ayant débuté au niveau de la base de la langue. Le plancher buccal est pris dans son 1/3 postérieur ; les lésions se continuent jusqu'à la face antérieure de l'épiglotte.	Epithélioma très actif.	Section du maxillaire, voie sus-hyoïdienne latérale. Evidemment en masse de toute la rég. de la base de la lang. on grat la face antéro-sup. de l'ép. Laryngot. ; la canule doit être laissée 3 j.	Guérison opératoire.	Récidive dans les ganglions cervico-fidus supér. ; infiltration de toute la rég. sup. du sterno-cléidomastoïdien.	
24 Edouard M. op. 17 mars 05 (id.)	Lésions très étendues, ayant envahi le planch. buc. presque entier, et toute la lang. Gangl. peu augm. de volume.	Epithélioma.	Extirpat. par voie sus-hyoïd. après laryngotomie et section du maxillaire.	Mort 2 jours après d'asthénie.		
25 Chérol. op. 28 mars 05 (id.)	Tumeur ayant débuté sur le bord droit de la langue, et ayant envahi le cul-de-sac gingivo-lingual, sur une petite étendue.	Epithélioma.	Méthode habituelle de M. Poirier. Laryngotomie temporaire.	Guérison opératoire sans incidents.		
26 Arthur C. 40 ans op. 42 av. 1905 (id.)	Tumeur ulcérée sur le bord droit de la langue ; l'ulcération étendue presque sur tout le bord lingual est absolement creusée dans le tissu musc. et est profonde. Malade ayant subi des cautérisations et de la radiograp.	Epithélioma.	Méthode habituelle de M. Poirier. Laryngotomie. Tissus, durs, scléreux, difficiles à sectionner.	Guérison rapide.	Récid. 5 mois après dans les gangl. cervicaux droits. 2 ^e opérat. 20 sept. Récid. 2 mois après dans tout le cou. Mort 10 mois après l'opération.	

Noms	Description de la lésion	Nature de la lésion	Opération	Suites opératoires	Récidive	Guérison
27 Jean H 60 ans op. 14 avr. 1905 (personnelle)	Tumeur, occupant la pointe de la langue, développée sur des plaques leucoplasiques, et prédominant à gauche.	Epithélioma leucoplasique	Curage carotidien unilatéral, sous-maxil. bilatéral. Méthode de Whitehead pour l'ablation de la langue.	Guérison très rapide, sort 14 jours après l'opér.		Actuellement en excellente santé.
28 Charles L. 53 ans op. 6 mai 1905 (id.)	Tumeur extrêmement étendue; ayant envahi, outre la moitié de la langue, la plus grande partie du plancher de la bouche, du côté corresp. à l'ulcération.	Epithélioma.	Extirpation en masse de la langue et de la moitié du plancher buccal.	Mort dans la nuit suiv. Schock.		
29 Prodon. op 14 mai 1905 (id.)	Lésion assez bien limitée au bord droit de la langue; infiltration légère des parties voisines.	Epithélioma typique.	Méth. de M. Poirier.	Guérison opératoire.	Non revu	
30 Leisenbeyer 47 ans, op. 9 juin 1905 (id.)	Lésion ayant envahi toute la base de la langue (point de départ) et le pilier antérieur du voile.	Epithélioma.	Voie sous-maxillaire après évidement ganglionnaire.	Mort 5 jours après de broncho-pneumonie.		
31 Duteilleir, op. 20 juillet 1905 (id.)	Tumeur ulcérée siégeant au niveau du bord gauche de la langue. Plancher intact.	Epithélioma.	Méthode habituelle de M. Poirier.	Guérison opératoire.	Non revu	
32 Eugène M. op. 23 oct. 1905 (id.)	Tumeur occupant tout le bord droit de la langue.	Epithélioma.	Méthode habituelle de M. Poirier.	Guérison rapide.	Id.	
33 Colin, 44 ans, op. 27 oct. 1905 (id.)	Tumeur siégeant au niveau du bord droit de la langue.	Epithélioma.	Méthode habituelle de M. Poirier.	Id.	Id.	
34 Ferdinand A. 48 ans, op. 4 nov. 1905 (id.)	Lésion limitée à la moitié droite de la langue. Plancher buccal intact.	Epithélioma.	Méthode habituelle de M. Poirier.	Id.	Id.	

CONCLUSIONS

Le cancer de la langue ne se généralise heureusement que peu par la voie sanguine ; il se propage surtout par la voie lymphatique.

Les ganglions le plus souvent atteints sont les carotidiens d'abord, les sous-maxillaires, ensuite.

L'examen histologique des glandes enlevées et l'histoire clinique de certains cas, montrent qu'il faut admettre la possibilité de l'envahissement lymphatique bilatéral, même si la tumeur est limitée à un des côtés de la langue, d'où le grand intérêt du curage bilatéral.

Il paraît certain qu'ils ne sont pas pris dès le début de l'évolution du cancer, mais ce début étant impossible à préciser, le chirurgien n'en doit pas tenir compte. Les ganglions devront être recherchés toujours systématiquement, cela en vertu des principes universellement admis en matière de chirurgie cancéreuse.

Les résultats immédiats de l'opération du cancer de la langue sont très graves, mais moins qu'autrefois, les résultats tardifs sont encore déplorables, cependant il existe des faits incontestables de guérison.

On doit opérer le cancer de la langue ; le plus tôt possible est le mieux, mais malgré cela, il ne faut pas reculer devant certaines lésions fort étendues pour lesquelles on a plusieurs fois obtenu de très longues survies.

Les procédés qui s'offrent à l'opérateur sont des plus nom-

breux ; actuellement trois surtout se partagent les faveurs des chirurgiens. L'un, procédé préconisé par M. Morestin, emprunte la voie sus-hyoïdienne et carotidienne unilatérale et enlève le plancher de la bouche.

L'autre, employé par Kocher, comporte pour l'ablation de la langue, la section du maxillaire inférieur ;

Le troisième fut préconisé par M. le Professeur Poirier, procédé mixte, combinant la voie buccale pour l'extirpation de la tumeur linguale, aux voies sus-hyoïdienne et carotidienne bilatérales pour l'ablation des ganglions.

On ne peut songer à employer toujours et dans tous les cas la même méthode ; le siège de la tumeur et la plus ou moins grande étendue des lésions présentent des variations très nombreuses et doivent entrer en ligne de compte.

Les cas où la voie buccale est insuffisante sont rares ; cependant pour les cancers de la base si souvent propagés aux tissus voisins, pour les tumeurs occupant toute la langue et surtout dès que le plancher de la bouche ou à plus forte raison le maxillaire sont envahis, la voie sus-hyoïdienne latérale est indiquée. En dehors de ces cas, on emploiera le procédé mixte de M. le Professeur Poirier, le danger de laisser le plancher de la bouche étant en réalité des plus minimes.

Les opérations auxiliaires les plus recommandables sont, d'une part les ligatures des artères carotides externes ou des linguales, et d'autre part la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne temporaire.

La récurrence est surtout fréquente dans les ganglions ; une seconde intervention peut donner d'excellents résultats et elle est indiquée si les ganglions ne se sont pas pris simultanément, s'ils sont mobiles et si l'état général du malade n'est pas trop altéré.

Le traitement chirurgical palliatif se résume aux ligatures artérielles (artères linguales ou carotides externes) et à la section du nerf lingual ; il peut procurer au malade un très grand soulagement.

Le traitement chirurgical des diverses lésions précancéreuses,

notamment de la leucoplasie, est des plus intéressant, et est fécond en résultats heureux.

L'espoir de la Chirurgie en ce qui concerne le cancer de la langue réside d'une part, dans la prévention, d'autre part dans l'intervention précoce qui comprendra toujours l'ablation des relais lymphatiques les plus souvent atteints.

Vu :

Le Président,

TERRIER.

Vu :

Le Doyen,

M. DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUIARD. — Thèse Paris 1883. Laryngotomie.
- ANGER (Th.). — Th. agreg. Paris, 1872. Du cancer de la langue.
- ARCE (J.). — Tratamento de cancer de la lengua. — *Ann. d. circ. med. Argent.* Buenos-Aires, 1904. XXVII, 89-102 ; 310-319.
- ARMSTRONG (G. L.). Excision of the tongue. *Montréal M. J.* 1903. XXXII, 390.
- AUCHÉ et VAILLANT. — Etude qualitative et quantitative des globules blancs du sang chez les cancéreux. *J. de Méd. de Bordeaux*, 1901. XXXI, 88. 89.
- AUGIER et DELASSUS. — Cancer de la langue chez un homme de 27 ans. *J. d. Sc. Méd. de Lille*, 1903. I, 463-467.
- BAINBRIDGE (W. S.). A case of extensive carcinoma of tongue and neck presenting points of special interest. *Ann. Méd. Philad.* 1905. IX, 477.
- BARLOW (W. S.). Four cases of endothelioma of the tongue. *Arch. Meddlessex. Hosp. Lond.* 1904. III, 73-83, 1 pl.
- BAZY. — *Société de chirurgie* 4 février 1891.
- BEATSON (G. T.). — Three cases of épithelioma lingualis. *Glasgow, M. J.* 1898. XL IX, 198-202 — A case of épithelioma of the tongue in a man aged 58. — *Glasgow, M. J.* 1903. LX, 427.
- BELLAMY. — Th. Paris 1888. Contrib. à l'étude du traitement des cancers de langue en général, et du plancher buccal (avantages de la section osseuse).
- BERGER. — *Société de chirurg.* 17 février 1886. — *Société de chirurg.* 4 février 1891. — *Société de chirurg.* 2 mars 1904. — *Société de chirurg.* 16 mars 1904. — *Académie de Médecine*, 13 novembre 1906.
- BEROFF (D.). — Etude clinique sur 18 observat. d'épithélioma de la langue. Toulouse, 1900, 8° n° 358, 84 p.
- BEUF (A.). — Des troubles fonctionnels consécutifs à l'amputation

- totale de la langue. — Résultats de la prothèse linguale. Thèse Lyon 1897.
- BILLROTH. — *Chirurg. clin.* Wien, 1871-76 et Zurich, 1860-67. Thèse Capmas. Paris 1866. — *Arch. de Langenbeck*, 1862-1874. — *Deutsche Klinik*, n° 17. — *Lancet*, 1883, vol. I, p. 676. — *Arch. Langenbeck*. BS. XVI, 1874.
- BINDER (C.). — Über 40 Fälle von Zungencarcinoma, ihre Behandlung und Endresultate. Clinique de Zurich du Prof. Krönlein. *Beitr. Z. Klin. Chirurg.* Tubing, 1896, XVII, 253-340.
- BOECKEL. — *Gaz. hebdom.*, 1863, 304. — *Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 7, 1880, p. 78. — *Mémoires de la société de méd. de Strasbourg*, 1871. — *Traité des résections de Heyfelder*. De la galvanocaustie thermique, Paris et Strasbourg, 1873. — *Sem. méd.*, 12 octobre 1882, p. 168. In thèse Capmas. — *Congrès français de chirurg.*, 1888, p. 272.
- BOSSUET. — Un cas de cancer de la langue à apparence squirrheuse. *J. de Méd. de Bordeaux*, 1904, XXXIV, 67.
- BOTTINI (E.). — 1894. La première centurie diamputazioni della lingua per carcinomoma etegnite, colla dieresie termo galvanica. *Clin. chir. Milano*, 1894, u 1. 36. 617. 524. 646. Carcinoma linguale. *Clin. Mor Firenze*, 1895. 1. 179. 181.
- BOYD et UNWIN. — On a series of cases of cancer of the tongue. *Practitioner, Lond*, 1903, LXX, 626-653.
- BRAUN. — Etude sur la chirurgie du cancer de la langue. *Inaug. Dissert.* Berlin, 1898.
- BRIDOUX. — Epithélioma de la langue chez une femme. Ablation. Guérison. *J. d. Sc. Méd. de Lille*, 1901, XXV, 354-358.
- A. BROCA. — Article du *Traité de chirurgie*. Duplay et Reclus, t. 5. page 178. — *Soc. chirurg.*, 8 avril 1903.
- BUDINGER. — Die zungencarcinom operationem der Klinik Prof. Billroth von 1881-1892. *Beitr. Zur chirurgie*. Stuttgart, 1892.
- BUTLIN (H. T.). — What operation can do for cancer of the tongue. *Hinterian J. Lond*, 1897-98 152-166. A clinical lecture on my unsuccessful operations for cancer of the tongue and on the early diagnosis of the disease : *Brit Med. Journ.* 14 Feb. 1903, p. 353-356. — Diseases of the tongue : London 1885. Tradue franca par D. Aug. 1889, p. 254. *Brit Med. Journ. Lond.* 14 avril 1894, i 785, 1898, i 541.
- BUTLIN et SPENCER. — *Maladies de la langue*, 2^e édition, 1900.
- CAPMAS. — Thèse Paris. 1866. Des opérations destinées à faciliter l'extirpation des tumeurs de la langue et du plancher buccal.
- CARMANY. — *Ann. Surg. Philad.*, 1907, XLV, 305.
- CASSAGNÉ. — Thèse Paris, 1884. Laryngotomie.

- CERNÉ. — *Bull. et Mém. Soc. de chirurg.* Paris, 1890, t. XXI, p. 251.
Cancer du plancher de la bouche. Ablat. par voies sus-hyoïd. — Résect.
de maxill. inf. *Normandie. Med.* Rouen, 1901, XVII, 142.
- CESTAN (E.). — Épithélioma leucoplasique de la langue ; amput.
totale par la méth. de Whithead. *Toulouse. Méd.* 1904, 2 S. VI,
260.
- CHALOT. — *Congrès français de chirurgie*, 1893. — Ligat. préalable
de carotide externe.
- CHASSAIGNAC. — *Soc. de chirurgie*, 1848, p. 22. — *Soc. de chirurgie*,
21 janvier 1852. — *Soc. de chirurgie*, 1857. — *Soc. de chirurgie*,
1858, p. 587. — *Soc. de chirurgie*, 1859, t. IX, p. 192. — *Soc. de*
chirurgie, t. I, 1861, 2^e série. — *Soc. de chirurgie*, 1862 16 juillet.
— *Soc. de chirurgie*, 1863, t. III, 4^e série. — *Arch. gén. méd.*, déc.
1855. — *Arch. gén. méd.*, 96, 1856. — *Bull. de thérap.* 1856,
p. 409, 412, 413. — *Gaz. des Hôpitaux*, oct. 1857, 1862, 1860,
nov. 1858. — *Opérat. chirurg.*, t. II, p. 522.
- CHAVANNAZ. — L'amputation de la langue par voie transhyoïd. *J. de*
M. de Bordeaux, 1901, n. 24.
- CIVEL. — Thèse Paris, 1891. Trachéot. préliminaire.
- COBB (F. C.). — Importance du diagnostic précoce des cancers buccaux
Boston Med. and Surg. Journ., 1905, n. 15, p. 417.
- COLLIER (M. P. M.). Removal of the tongue for épithélioma following
chronic glossitis. *Med. Press. et Circ. Lond.* 1904 NS, LXXVIII, 43.
- COURTOIS SUFFIT. — Rôle des ganglions lymphat. dans l'infection et
dans le cancer. *Bull. Méd. Paris* 1901. XV.
- DANLOS. — Cancer de la langue. *Ann. Dermat et Syph.* 1901, II, 177-
178. Etcheverry, 1904.
- DAUVERGNE. — Ablat. d'un cancer de la base de la langue, de l'amyg-
dale et du pilier du voile du palais *Lyon Méd.* 1900 XCIV 275-276.
— Disc. Vallas 276-277.
- DEBOVE. — Thèse Paris 1873.
- DE LAUNAY. — Thèse Paris 1882. — Laryngotomie inter-crico thy-
roïdienne.
- DELBET. — *Société de chirurgie*, 23 avril 1902.
- LE DENTU. — Manuel opérat. de l'amput. de la langue. *Bull. Méd.*
Paris 1897. XI, 689-691. — *Congrès de chirurg. de Lyon* 1891. —
Revue de chirurg. 1896. — *Bull. Méd.* 1897. — *Soc. de chirurg.* 15 déc.
1880.
- DEPAGE. — Cancer de la langue et du plancher de la bouche ; extirp.
en masse ; laryngotomie, autoplasties ; guérison. — *J. de M. de Brux.*
1903 ; VIII, 731. — De l'ablation de la base de la langue cancéreuse

- par la voie sous-hyoïdienne. *Ann. Soc. belge de chirurg.* 15 décembre 1895, p. 310.
- DESPRÉS. — *Soc. chirurg.* 1880; *id.* 24 février 1886. — *Bull. Société chirurg.* 1879, p. 794. — Ligature des artères linguales dans un cas de cancer de la langue. *Gaz. hôp.* 22 avril 1880. — Epithélioma diffus de la langue. Ablation avec l'écraseur.
- DOYEN. — Ablation d'une tumeur de la base de la langue par la voie sous-maxillaire. *Rev. crit. de M. et chir.* Paris, 1900. II, 81-84.
- DUVOISIN. — Ligat. artér. dans le traitement du cancer de la langue. Thèse Paris, 1898.
- EICKE. — Ueber den zungenkrebs und dessen Heilbarkeit auf operationem Wege. Inaug. dissert. Breslau, 1901.
- EISENDRATH. — *J. Americ. Med. Associat. Chicago.* 1906. XLVIII, 986.
- ETIÉVANT. — *Gaz. Hôp.* 25 sept. 1897. *Bull. Soc. chirurg.*, juin 1897.
- FARABEUF. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie.* 1882. p. 59.
- FARNUM (E. J.) — Epithelioma of the tongue. *Chicago, M. J.* 1901. XXXIV, 179-180.
- FAUCON. — *Société des Sciences médicales de Lille.* 13 mai 1903.
- FAURE (J. L.). — Sur le traitement chirurg. du cancer, *XIII^e Congrès internat. de Méd. Section de chirurg. générale.* 1900. Compte rendu, 13-21. — Traitement du cancer de la langue. *Presse méd.* Paris, 1904. II, 801-803. — *Société. chirurg.*, 23 mars 1904-12 juillet 1905.
- FAURE. — Thèse Paris, 1884. Epithélioma du plancher buccal.
- FISCHER (A.). — Opeirter Fall eines Zungen-Gaumen-Carcinoms. *Pest. Med. Chir. Presse Budapest*, 1903. XXXIX, 482. — Einige Bemerkungen Zuden Operationem der Zungencarcinome. *Pest. med. Chir. Presse Budapest*, 1905, XLS, 499-523. 21 et 28 mai.
- FISK (A. L.). — Carcinoma of tongue no recurrence 3 years after excision. *Ann. Surg. Phila.* 1899. XXIX, 359-362.
- FOURNIER (A.). — Relations de la leucoplasie buccale avec la syphilis et le cancer. *XVII^e Congrès intern. de Méd. Soc. de Dermat. et Syphil.* Paris, 1901. Compte-rendu 496 502. *Académie Médecine.* 27 novembre 1906.
- GAILLIARD. — Thèse Paris, 1880, n° 8. Applic. de la ligat. élastique à l'amput. partielle ou totale de la langue
- GERSUNY. — Cancer de la langue ayant nécessité 3 interventions différentes. *Soc. impéro-roy. des médecins de Vienne*, 13 juin 1902. *Sem. méd.*, 1902, n° 26.
- GRELLETY. — Thèse de Bordeaux, 1890. Du traitement actuel du cancer de la langue.

- GUINARD (A.). — Epithélioma de la langue opéré il y a 18 ans, 3^e récidive. *Bull. et Mém. de Soc. de chirurg.* Paris, 1903, NS. XIX, 410-412.
- HARTMANN. — *Société de chirurgie*, 23 mars 1904.
- HAYNES (I. S.). — Epithelioma of the tongue. *Ann. Surg. Phila.* 1904, XXXIX, 814.
- HEIDENHAIN. — *Centralbl. f. Chir.* Leipzig, 1906, 59.
- HILTON (John). — *Guy's Hospital Reports*. London. 2^e série, vol. VII. 1851.
- HUTCHINSON (J.). — *Méd. Times*, 1860, t. II. — *Clin. Journ.* 1892-93, 271. — Excision of the tongue for cancer; cases illustrating very rapid implication of the lymphatics glands. *Arch. Surg. Lond.*, 1892-93, IV, 352. — *Arch. of Surg.*, 1898, 289. — Cancer of the tongue in a very stage, free excision development in the glands worthen six months: *Arch. Surg. Lond.*, 1896, VII, 284.
- JACOBSON. — Cas d'opérations du carcinome de la langue. *Practitioner*, 1903, LXX, n° 5.
- JAHR (A.). — Dreisig Falle von Carcinoma Linguae. Thèse Iéna, 1903.
- KOCHER. — *Deutsche Zeitschr.*, t. XIII, 1880, p. 134. — *Deutsche. Zeits. f. chir. Leipsik*, 1880, t. XIII, p. 369. Ganglions sous-maxill. Trachéotomie. In Sachs, 1893. *Traité de Médecine opératoire*, 1903.
- KOHL (A.). — *Beitrag zur Kasuistik der Zungensarkome Inaug. Dissert.* Bonn, 1903.
- KOLTZE (G.). — Über die wollständige Extirpation der Zung. und des Mundbodens. Thèse Kiel, 1900.
- KUTTNER. — *Deutsche Gesellschaft. f. chir.* 1897, p. 123. — *Beitr. Z. Klin. chir.*, n° XXI, 1898.
- KUSTER. — Sur le traitement du cancer lingual et la ligature de la carotide externe. *Arch. f. Klin. Chir. Berlin*, 1906, LXXXI, 292.
- LABADIE. — Thèse Bordeaux. 1883-1884, n° 38. Rôle de leucoplasie. Epithélioma.
- LABBÉ. — In thèse Anger n° 68 et 78. Paris, 1872. *Société de chirurgie*, 9 mars 1904.
- LABORDE (J. P. Th.). — Le cancer de la langue et son traitement curateur. Thèse Paris 1902. Inspirée par M. Morestin.
- LACK (L.). Epithelioma of epiglottis and base of tongue removed by subhyond pharyngotomy. *J. Laryngol. Lond*, 1905, XX, 321.
- LANDAU. — Les opérations du cancer de la langue La clinique chirurgicale de 1875-1885. Inaug. Dissert. Gotting., 1885.
- LARRIEU. — Thèse Paris, 1882, n° 242. Du traitement palliatif du cancer de la langue. De la ligat. atrophiante des art. de la langue.

- LEFEBVRE. — Cancer de la langue. Ablation. *J. des Sc. M. de Lille*. 1901, 10 août, p. 138.
- LENOIR. — *Union médicale*, t. I, n° 43. — *Union médicale*, t. I, p. 185, 1847.
- LIERVEN (W. A.). — Uber leucoplasie buccale. *Med. woch. Berlin*, 1901, 1, 250-253.
- LOISON. — Thèse Nancy, 1884. Traitement du cancer de la langue.
- LOUIS. — *Acad. de chir.*, t. V, p. 502, 505. *Mém. de l'Acad. Roy. de chir.*, t. IV, p. 96; t. V, p. 486.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Société de chirurgie*, 4 février 1891.
- MAISONNEUVE. — Capmas thèse. Paris, 1866, p. 23. — Tumeurs de la langue. Thèse de Concours. Paris, 1848, p. 116. — *Gaz. des Hôpit.* 1852; 1854, p. 602; 1862-1863; 1863, p. 549. — *Académie des Sciences*, 17 octobre 1853. — *Lancet*, 1858, p. 429. — *Clin. chirurg.*, t. II, 1864, p. 104.
- MANTILLA (P. L.). — Leucoplasies et cancer. Paris, Carré et Naud, 1901, 8, n° 324, 82 p. 9 fig.
- MARCHAND. — *Société de chirurgie*, 4 février 1891.
- MAUCLAIRE (P.). — Extension et exérèse de l'infection lymphatique néoplasique dans le cancer lingual. *Trib. méd.* Paris, 1904, 2s. XXXVI, 293-297 (7 mai).
- MAUVOISIN. — Thèse Paris, 1873, n° 172. De la ligature préventive et atrophiante des artères de la langue.
- MOLLIÈRE. — De l'anesthésie rect. *Lyon médical*, 30 mars 1884.
- MONOD (Ch.). — *Bull. et Mém. Soc. chirurg.* Paris, 1886, ns, t. XII, p. 126. p. 140, 502-570. — Trach. pulmon. *Société de chirurgie* 17 février 1886. — *Société de chirurgie* 24 février 1886. — *Société de chirurgie* 16 juin 1886. — *Société de chirurgie* 16 juin 1891.
- MORESTIN (H.). — *Société anatom.* 1894. Anomalies de la linguale. Traitement du cancer de la langue. *XIV^e Congrès franç. de chir. Proc. verb.* (etc.). Paris, 1901, 421-429. — *Soc. anatom.* oct. et déc. 1900. — *Congrès chirurg.* 1901 — *Traité de Le Dentu, Delbet*. Tome VI, p. 293.
- MOURE. — *Congrès chirurgie* 1903. — *Revue de chirurgie*, p. 586.
- ORLOW. — *Revue de chirurgie*, 1903
- PÉRICAT (E.). — Cancer de la langue. De l'intervention logique. Thèse Paris, 24 décembre 1902.
- PERKIN (A.). — Excision of the tongue by Whitehead's Method. *Clin. J. Lond.*, 1897, XI, 778.
- PIQUANTIN (G.). — Le cancer de la langue chez la femme. Thèse Paris, 1905.

- PONCET. — De l'anesthésie rectale (*Lyon méd.*, 1884). *Sem. méd.*, 12 oct. 1882, p. 168.
- POIRIER (P.). — *Société de chirurg.*, 23 avril 1902. Traité canc. de lang. — *Société de chirurg.*, 2 mars 1904. — *Société de chirurg.*, 9 mars 1904. — *Société de chirurg.*, 16 mars 1904. — *Société de chirurg.*, 23 mars 1904. — *Société de chirurg.*, 12 juillet 1905. Traitement et histologie du cancer de la langue. Discussion : Quénu, Faure, Richelot, Sébilleau. Les lymphatiques et l'épithélioma de la langue ; manuel opératoire de l'opération logique, résultats. *Arch. intern. de Laryngol.* Paris, XVII, 743-727. 1 pl. *Académie de Médecine de Paris*, 30 octobre 1906.
- POZZI. — *Bull. soc. anatom.*, 1873, p. 878 — *Société chirurgie*, 2 mars 1904.
- QUÉNU. — *Société de chirurgie*, 4 février 1891. — *Société de chirurgie*, 2 mars 1904. — *Société de chirurgie*, 16 mars 1904. — *Société de chirurgie*, 12 juillet 1905.
- RECLUS (P.). — *Clinique et critique chirurg.*, 1884. Traitement des épithéliomas de la langue in his : *clin. chir. de la Pitié*, Paris, 1894, 126-139. — *Société chirurg.*, 4 févr. 1891, 23 avril 1902. Huit épithéliomas de la même langue opérés en 21 ans. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Paris, 1903, XIX, 880-882. — *Presse médicale*, n° 97, 1905 : Les épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques.
- RICARD. — Traitement du cancer de la langue. *Soc. de chirurg.* Paris, 16 mars 1904.
- RICHELOT. — *Société de chirurg.*, 24 mars 1886 ; 4 février 1891 ; 12 juillet 1905.
- ROEDIGER (K.). — Weitere Beitr. zur Statistik des Zungencarcinoms (Klinique de Heidelberg, 1888-1900). *Brun's Beitr.* 1902. Bd. 31. Inaug. Dissert. Heidelberg. 1901.
- ROUTIER. — *Société de chirurgie*, 23 avril 1902 ; 8 avril 1903.
- RUBIO (Madrid). — *Congrès international de Madrid*, 1890.
- SACHS (W.). — *Arch. f. Klinik chirurg.* 1893, p. 774-879. 69. Fälle von Zungencarcinom, la clinique du Prof. Kocher de Berne.
- SEHLBACH (A.). — Inaug. Dissert. Wursburg, 1895. Die Geschichte der operationem Behandlung der zungenkrebs Aeztl. Centr. Auz. Wien, 1898, X, 513.
- SÉBILLEAU. — *Société de chirurgie*. Paris, 2 mars 1904, 23 mars 1904, 12 juillet 1905.
- SEGOND. — *Société de chirurgie*, 2 mars 1904 ; *Société de chirurgie*, 16 mars 1904.
- STANLEY. — Série de cas de cancer de langue. *Practitioner. Lond.*, 1903, n° 5.

- STERN (L.). — Ein Beitr. zur operativen Behandlung des zungencar. Wurzb. 1891. Becker, 35 p. 8.
- SULLIVAN (J. D.). — Carcinoma of the tongue. *Brooklyn M. J.* 1904, XVIII, 155.
- SYME (G. A.). — Carcinoma of the tongue removal of half by a modification of M. Cormick's operation. *Intercolon M. J. Australas, Melbourne*, 1903. VIII. 345-347. Discussion, 357-359.
- TERRIER (F.). — *Soc. chirurg.* 17 février 1886, 24 février 1886. — *Soc. chirurg.* 4 février 1891, 23 avril 1902. — *Bull. et M. Soc. chirurg.* Paris, 1891, NS, t. XVII, p. 91. Sur la réunion de la brèche latérale pour éviter l'infection.
- TERRILLON. — *Soc. de chirurg.* 1880, 8 déc. *Bull. g. htéráp.* 1882, p. 247.
- TILLAUX. — Capmas thèse 1866, p. 52. In thèse Anger. Paris, 1872, p. 67, 100.
- TRELAT. — *Soc. chirurg.* 1880, 17 février 1886, 24 fév. 1886. *Gaz. Hôp.* 1887-1888. — *Cliniq. chirurg.* Paris, 1891, t. I. — Diagnost. et indic. thérapeut.
- VALLAS. — *Echo médical de Lyon*, 15 avril 1896, p. 67. — Ablation totale de la langue par la voie transhyoïd. *Lyon médical*, 1897, LXXXV, 164 ; 1898, LXXXIX, 81-83.
- VARNIER. — Contrôle à l'étude de l'épithélioma de la langue. *Procédé Whitehead*. Th. Montpel. 1896.
- VERNEUIL. — *Société chirurg.* 1857-1858 ; 1871, p. 225 ; 1880 ; 1884, 7 mai ; 1886, 24 février ; 1886, 16 juin. — *Gaz. hôp.*, 30 août 1881 ; 5 juillet 1883. — 3^e *Congrès chirurg.* Paris, 1888, p. 206.
- VIDAL. — Leucoplasie buccale. *Union méd.*, 1883.
- VOITURIEZ (L.). Notes sur un cas d'épithélioma doublé de la langue. *J. des Sc. M. de Lille*, 1889, 1. 457-464.
- WALTHER (C.). — *Société de chirurg.*, 23 avril 1902 ; 23 mars 1904.
- WHITEHEAD. — *Lancet*, t. I, 1873, p. 198 ; vol. II, 1879, p. 2. — *Lancet*, t. I, 1881, p. 698-745 ; t. I, 1882, p. 710. — *Lancet*, t. I, 1884, p. 13 ; 1888, p. 167. — *Lancet*, t. I, 1891, 1032. — *Brit. M. J.* 8 déc. 1877 : Extirp. totale de la langue avec les ciseaux ordinaires. — *Brit. M. J.* 2 mai 1891. — *Cong. intern.* Londres 1881, t. II, p. 461. — *Practitioner Lond. Med.* 1903.
- WHEELER (W. J.). — Sixty one cases of partial and complete excision of the tongue. *Dublin J. M. Sc.* 1897. CHI, 281. Discussion 343-352.
- WINIWARThER. — Statistique du cancer. Stuttgart 1878.
- ZIKOFF. — Contribution à l'étude de l'ablation de la langue. *Chirurgia Moscou* 1901, IX, n° 52, avril 448-453.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
HISTORIQUE	3
Description des divers procédés	7
A. — Méthode d'ablation par voies naturelles. Voie exclu- sivement buccale	7
I. — <i>Procédés de diérèse sanglante</i>	7
II. — <i>Procédés de diérèse non sanglante</i>	10
B. — Ablation par les voies artificielles ou après opérations préliminaires	13
Etude anatomique des propagations dans le cancer de la langue .	30
De la mortalité opératoire dans le cancer de la langue	45
Des causes de la mortalité opératoire dans le cancer de la langue	48
De la trachéotomie employée comme opération auxiliaire dans la chirurgie du cancer de la langue	54
De la guérison dans le cancer de la langue	65
Indications de l'intervention	68
Doit-on opérer le cancer de la langue?	68
Quand doit-on opérer?	69
Doit-on opérer dans tous les cas?	72
Appréciation des méthodes et procédés opératoires	79
Du choix du procédé opératoire	95
De l'opération dans les récidives et du traitement chirurgical palliatif	101
Des conditions précancéreuses	104
De la leucoplasic linguale et de sa dégénérescence cancéreuse .	108

	Pages
<i>Cas de langue survie sans récurrence.</i>	114
<i>Cas de récurrence tardive</i>	116
Observations inédites.	117
CONCLUSIONS	123
BIBLIOGRAPHIE.	127

